



Ministerio de Salud
Personas que atendemos persona

Modelo de Abordaje de promoción de la salud en el Perú

D O C U M E N T O T É C N I C O

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD
PERÚ 2006

Catalogación hecha por el Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú

Modelo de abordaje de la promoción de la salud en el Perú: documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de Salud. -- Lima: Ministerio de Salud, 2006.
231p ; ilustr.

PROMOCIÓN DE LA SALUD / ESTILOS DE VIDA / EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL /
SANEAMIENTO D LA VIVIENDA / EJERCICIO / SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / SALUD MENTAL
/ EDUCACIÓN EN SALUD / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-8802
ISBN: 9972-2782-9-8

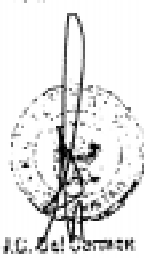
© Ministerio de Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

Producción gráfica
duArtes 247 2788

MINISTERIO DE SALUD
Av. Salaverry cuadra 8 s/n - Jesús María
<http://www.minsa.gob.pe>
Primera Edición
Tiraje: 500 ejemplares
Lima - Perú



P. Mazzotti G.



J.G. del Corral C.



Resolución Ministerial

Lima, 26 de Julio del 2006



A. del Corral C.

Visto el Expediente N° 06-020544-001, que contiene el OFICIO N° 414-2006-DGPS/MINSA de la Dirección General de Promoción de la Salud;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 8° del Reglamento de Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el proceso promoción de la salud, tiene como objetivo funcional lograr que las personas adquieran capacidades y desarrollen actitudes, para su desarrollo físico, mental y social;

Que, por Resolución Ministerial N° 729-2003/MINSA, se aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud"; y, mediante Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, se aprobaron los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, los cuales consignan como primer lineamiento a la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad;

Que, dentro de este contexto, la Dirección General de Promoción de la Salud ha elaborado el Documento Técnico: "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú", el cual tiene como finalidad desarrollar los marcos conceptuales y técnicos que orienten la gestión e implementación de las acciones de la Promoción de la Salud a nivel nacional, regional y local;

Que, dicho Documento Técnico contiene las acciones a desarrollar en los siguientes Ejes Temáticos: "Alimentación y Nutrición Saludable", "Actividad Física", "Salud Sexual y Reproductiva", "Higiene y Ambiente Saludable", "Habilidades para la Vida" y "Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz", cuyos objetivos orientan a generar prácticas y comportamientos saludables;



R. Bustamante Q.



D. Chaparro M.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Promoción de la Salud y, con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú" y, sus documentos que lo conforman sobre las Acciones a desarrollar en los siguientes Ejes Temáticos", los cuales forman parte integrante de la presente Resolución:

- "Alimentación y Nutrición Saludable"
- "Actividad Física"
- "Salud Sexual y Reproductiva"
- "Higiene y Ambiente Saludable"
- "Habilidades para la Vida"
- "Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz"

Artículo 2°.- La Dirección General de Promoción de la Salud, se encargará de la difusión y supervisión del cumplimiento de los citados documentos técnicos.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional y demás establecimientos de salud, aplicarán los mencionados documentos técnicos, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones, publicará los referidos documentos técnicos en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



R. Bustamante Q.



D. Céspedes R.




A.M. Holgado B.



J.C. Carrillo S.





Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

Señora

PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

Señor

JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Vice Ministro de Salud

Señor

RICARDO BUSTAMANTE QUIROZ
Director General de Promoción de la Salud



ELABORADO POR

Ricardo Bustamante Quiroz
Director General de Promoción de la Salud

Maria del Carmen Calle Dávila
Asesora de la Dirección General de Promoción de la Salud

Mercedes Arévalo Guzmán
Directora Ejecutiva de Educación para la Salud

Richar Ruiz Moreno
Director Ejecutivo de Participación Comunitaria en Salud

Miriam Salazar Robles
Directora Ejecutiva de Promoción de Vida Sana

Nélida Doris Cáceres Ramírez
Directora Sectorial
Dirección de Educación para la Salud

Nancy Gamboa Kan
Directora Sectorial
Dirección de Promoción de Vida Sana

Nancy Fuk Reynoso
Asesora Externa.

CONSULTORES:

Elizabeth Aliaga
Juán Seclén

EQUIPO TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN:

Milagritos Araujo Zapata
Elvia Campos Zavala
Raúl Choque Larrauri
Maria Elena Flores Ramirez
Cesár Fallaque Solis
Victor Raúl García Torres
Karina Gil Loayza
Lucía Solis Alcedo
Lilian Uchima Heshiki

Diseño y diagramación:
Bessy Ormeño Coral

AGRADECIMIENTO POR SU PARTICIPACIÓN EN LA VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO:

Ariela Luna - PAR SALUD
Leo Nederveen - AMARES



ÍNDICE GENERAL

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| PRESENTACIÓN | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| I. FINALIDAD | 15 |
| II. OBJETIVOS | 15 |
| 2.1. Objetivo General | 15 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 15 |
| III. BASE LEGAL | 15 |
| IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN | 16 |
| V. MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ | 17 |
| 5.1 Antecedentes | 17 |
| 5.1.1 Antecedentes Internacionales | 17 |
| 5.1.2 Antecedentes Nacionales | 19 |
| 5.2 Marco Conceptual de Promoción de la Salud | 23 |
| 5.3 Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud | 28 |
| 5.3.1 Población Sujeto de Intervención | 29 |
| 5.3.1.1 La Persona en sus diferentes Etapas de Vida | 29 |
| 5.3.1.2 La Familia | 29 |
| 5.3.1.3 La Comunidad | 31 |
| 5.3.2 Escenarios | 31 |
| 5.3.2.1 La Vivienda | 32 |
| 5.3.2.2 La Institución Educativa | 32 |
| 5.3.2.3 El Municipio | 32 |
| 5.3.2.4 El Centro Laboral | 33 |
| 5.3.3 Ejes Temáticos priorizados | 33 |
| 5.3.3.1 Alimentación y Nutrición Saludable | 34 |
| 5.3.3.2 Higiene y Ambiente | 34 |
| 5.3.3.3 Actividad Física | 36 |
| 5.3.3.4 Salud Sexual y Reproductiva | 37 |
| 5.3.3.5 Habilidades para la Vida | 37 |



| | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.3.3.6 Seguridad Vial y Cultura de Tránsito | 38 |
| 5.3.3.7 Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz | 39 |
| 5.3.4 Enfoques Transversales | 40 |
| 5.3.4.1 Equidad y Derechos en Salud | 40 |
| 5.3.4.2 Equidad de Género | 41 |
| 5.3.4.3 Interculturalidad | 41 |
| 5.3.5 Estrategias de Promoción de la Salud | 42 |
| 5.3.5.1 Abogacía y Políticas Públicas | 42 |
| 5.3.5.2 Comunicación y Educación para la Salud | 43 |
| 5.3.5.3 Participación Comunitaria y Empoderamiento Social | 43 |
| 5.3.5.4 Intersectorialidad | 44 |
| 5.4 Programas de Intervención en Promoción de la Salud | 44 |
| 5.4.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 44 |
| 5.4.2. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas | 45 |
| 5.4.3. Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 45 |
| 5.4.4. Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales | 46 |
| BIBLIOGRAFÍA | 47 |
| EJES TEMÁTICOS | |
| ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE | 51 |
| HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE | 87 |
| ACTIVIDAD FÍSICA | 117 |
| SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 151 |
| HABILIDADES PARA LA VIDA | 189 |
| PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 211 |



La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como primer lineamiento de Política del Sector Salud 2002-2012 ha permitido que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud conducir y generar políticas públicas saludables, sistematizar y elaborar documentos técnicos y normativos que permita que la persona, familia y comunidad adquieran las habilidades para mantener y mejorar su salud.

Es así que la Dirección General de Promoción de la Salud teniendo en cuenta los compromisos internacionales, el Acuerdo Nacional y los Lineamientos de Política Sectorial, en el marco del proceso de la descentralización, se construye un Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú.

La construcción de este modelo recoge las experiencias internacionales y nacionales considerando que la promoción de la salud constituye un proceso político social en el cual la salud es un derecho humano de las personas, que para el ejercicio pleno, se requiere de una participación activa de la comunidad y la responsabilidad compartida entre la ciudadanía y el Estado para alcanzar una mejor calidad de vida,

El Modelo de Abordaje de Promoción de la salud en el Perú es un referente teórico, técnico y metodológico que orientará los procesos para la implementación de las acciones de promoción de la salud en el país, que se operativiza mediante los Programas de Promoción de la Salud, en las Instituciones Educativas, en el de Familias y Viviendas Saludable, el de Municipios y Comunidades Saludables y el de Centros Laborales Saludables.

En tal perspectiva, este Documento Técnico, que comprende el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, las Acciones a desarrollar en los Ejes Temáticos, es una decisión del Ministerio de Salud, reflejadas en los lineamientos de política de promoción de la salud, principalmente al desarrollo de alianzas intra e intersectorial, al mejoramiento de las condiciones del medio ambiente, a través de la participación de la comunidad, la reorientación de los servicios de salud y de la reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud, con el fin de generar políticas públicas saludables para un país saludable.

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



La Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucre a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones.

El modelo considera los enfoques de equidad y derechos en salud, equidad de género e interculturalidad así como las estrategias de abogacía y políticas públicas, comunicación y educación para la salud y participación comunitaria, y empoderamiento social dirigidos a la población sujeta de intervención que es la receptora específica de acciones que promueven salud, deseando alcanzar cambios en los comportamientos y un impacto positivo en las condiciones de vida.

Buscando mejorar la calidad de vida de las poblaciones y siendo necesario complementar acciones dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida, el modelo plantea abordar a la población en los escenarios donde la gente vive, juega, trabaja, estudia, y se interrelaciona como son: la vivienda, la escuela, municipios, centros laborales y la comunidad en general.

Las acciones a implementar en estos escenarios son abordados a través de ejes temáticos priorizados: alimentación y nutrición, higiene y ambiente, actividad física, habilidades para la vida, salud mental buen trato y cultura de paz, salud sexual y reproductiva, y seguridad vial y cultura de tránsito.

La manera de operativizar este modelo es a través de Programas en promoción de la salud que son el conjunto de acciones integrales y sostenibles a nivel de los escenarios considerando además la población sujeta de intervención para alcanzar resultados que favorezcan condiciones de vida saludables en la población y su entorno. Los Programas que ha considerado la Dirección General de Promoción de la Salud son: Programa de Familia y Vivienda Saludables, Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, Programa de Municipios y Comunidades Saludables y Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales Saludables.

El presente documento se constituye en una herramienta para la gestión en promoción de la salud permitiendo ser un referente técnico y operativo, facilitando la implementación de las acciones a nivel nacional, regional y local.



Este documento se desarrolla en cinco apartados. El primero se refiere a la finalidad del documento. El segundo presenta los objetivos tanto generales como específicos que se espera cumplir. El tercero señala el marco legal que sustenta el documento técnico.

En el cuarto se indica cual es el ámbito de aplicación y el quinto, describe los antecedentes nacionales e internacionales, el marco conceptual de promoción de la salud, El Modelo de Abordaje que contempla la población sujeto de intervención, los escenarios donde se desarrolla la Promoción de la Salud, los ejes temáticos que son los contenidos para generar comportamientos saludables, los enfoques y estrategias a utilizar en las intervenciones, finalmente los programas donde se operativizan las acciones de Promoción de la Salud.



MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ

I. FINALIDAD

El presente documento tiene por finalidad desarrollar los marcos conceptuales y técnicos que orienten la gestión e implementación de las acciones de la Promoción de la Salud a nivel nacional, regional y local.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un marco conceptual, técnico y metodológico que oriente las acciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar el modelo de abordaje, considerando los elementos conceptuales, técnicos y metodológicos de los enfoques, estrategias, en las diferentes dimensiones de la población y escenarios, que permitan la intervención en promoción de la salud.
- Desarrollar los contenidos de los ejes temáticos, incorporando las orientaciones para las acciones de promoción de la salud, según etapas de vida y programas de promoción de la salud.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud
4. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
5. Decreto Supremo N° 064-2004-PCM, que aprobó el Plan Nacional para la Superación de la Pobreza 2004 - 2006.
6. Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria.
7. Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
8. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



9. Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006.
10. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
11. Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 006-MINSA/INS-V.01: "Lineamientos de Nutrición Materna".
12. Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V.01: "Lineamientos de Nutrición Infantil".
13. Resolución Ministerial N° 771-2004-MINSA, que aprobó las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.
14. Resolución Ministerial N° 039-2005/MINSA, que aprobó la creación de la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
15. Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprobó los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
16. Resolución Ministerial N° 217-2005/MINSA, que aprobó la Directiva N° 056-MINSA/DGPS-V.01: "Implementación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005".
17. Resolución Ministerial N° 277-2005/MINSA, que aprobó el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas.
18. Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprobó el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
19. Resolución Ministerial N° 402-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Modelo de Abordaje es un documento técnico referencial para desarrollar las acciones de promoción de la salud a nivel nacional, regional y local.



5.1 ANTECEDENTES

5.1.1 Antecedentes Internacionales

El término Promoción de la Salud fue planteado por vez primera en 1945, cuando Henry E. Sigerest definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

En 1974, la promoción de la salud se presenta como un área de trabajo organizada a través de un documento del Ministro de Salud de Canadá, denominado «Una Nueva Perspectiva de la Salud de los Canadienses», conocido como el **Informe Lalonde**.¹ El Informe Lalonde considera a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver con cambios del estilo de vida o comportamientos, como el consumo de tabaco, alcohol, dieta, comportamiento sexual. La propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente. (Gomez Zamudio, 1998).

En 1978, se suscribe la **Declaración de Alma-Ata**, en la que se expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud. En la declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos. (OPS/OMS, 1994).

En 1986 tuvo lugar la **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**,² en el marco de dicha conferencia, se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hacen importantes aportes para el concepto de promoción de la salud. Específicamente, se señala que factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico.

Los aportes sustanciales de la Carta de Ottawa son: 1) énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud. Se concibe a la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político; 2) sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales; 3) redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud; 4) redefine el enfoque tradicional de la educación en salud, eminentemente pasivo, hacia un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes; y 5) orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud, no sólo como responsabilidad del sector sino también, de individuos, comunidades y otros sectores. (OPS/OMS, 1992).

En la **Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, realizada en Adelaide (1988), se exploró con mayor profundidad cómo las *políticas públicas saludables* de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud, y cómo se constituyen en un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas. En la **Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, realizada en Sundsvall (1991), se enfatizó el compromiso por *desarrollar ambientes* que apoyen la salud. (Restrepo, 2001).

¹ El Informe Lalonde fue publicado por el Gobierno de Canadá y sustentado por Marc Lalonde, ex-Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá.

² Realizada en Ottawa, Canadá, y organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.



En 1997 tuvo lugar la **Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, en Jakarta. Esta Conferencia, planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. Asimismo, enfatizó respecto a la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.

La **Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, realizada en México, en el año 2000; hizo hincapié en los acuerdos tomados en Yakarta, teniendo como meta, hacer un examen del aporte realizado por las estrategias de promoción para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas.

En el marco de la **Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud**, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia (Agosto 2005), se ha adoptado la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud. En ella se establecen los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado involucrando a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos.

La **Carta de Bangkok** brinda una nueva orientación para la promoción de la salud impulsando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado a fin de asumir cuatro compromisos fundamentales: 1) que la promoción de la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial; 2) que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos; 3) que forme parte de las buenas prácticas institucionales, y 4) que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil. (Bangkok, 2005).

Un hito importante para el avance de la promoción de la salud a nivel mundial se suscita en septiembre del año 2000; fecha en que representantes de 189 países, entre ellos 147 Jefes de Estado, se dieron cita en Nueva York en la Cumbre del Milenio para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas³, donde se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Es así como, los dirigentes de los distintos países asumieron compromisos en siete esferas claves: la paz, la seguridad y el desarme; el desarrollo y la erradicación de la pobreza; la protección del entorno común; los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; la atención a las necesidades especiales de África; y el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

En la guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio, elaborada después de la Cumbre, se establecían las metas y objetivos que deben alcanzarse para el año 2015 en cada una de las siete áreas. Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, que se ha dado en denominar Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sitúan a la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a múltiples problemas de salud. Como podemos observar los objetivos que a continuación se detallan están directamente relacionados con la salud de la población:

- **Objetivo 1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- **Objetivo 2:** Lograr la educación primaria universal.
- **Objetivo 3:** Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- **Objetivo 4:** Reducir la mortalidad en la infancia.
- **Objetivo 5:** Mejorar la salud materna.
- **Objetivo 6:** Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- **Objetivo 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- **Objetivo 8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

³ Declaración del Milenio. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).



Estos Objetivos de Desarrollo del Milenio representan una importante oportunidad para plantear intervenciones que favorezcan la obtención de mejores resultados sanitarios, principalmente, entre las poblaciones pobres.

5.1.2 Antecedentes Nacionales

Desde el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos conceptos, enfoques, y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud, guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades. Esto ha demandado desarrollar estudios sobre la dinámica social del desarrollo local, sobre el comportamiento de las personas, hábitos y costumbres, así como el manejo de metodologías y tecnologías de educación, comunicación y de participación comunitaria entre otras. El objetivo fundamental en estos esfuerzos ha sido tratar que la población adquiera responsabilidad sobre su propia salud y participe en las actividades comunitarias dirigidas a ese fin.

En el Perú, es a partir de la década de los 70 - 80 que el Ministerio de Salud incorpora en sus diferentes programas de salud contenidos de orden social con la finalidad de impulsar el desarrollo comunitario. Como resultado de la Conferencia de Alma Ata (1978) recobra importancia la participación de la comunidad en los programas de salud aunque aún bajo la asistencia técnica del sector salud en las decisiones de la comunidad, lo cual no contribuía necesariamente a impulsar procesos de empoderamiento social y comunitario.

En la década del '90 se impulsa la estrategia del Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, (SILOS), dándole particular importancia a las acciones orientadas a facilitar la participación de la población en los procesos de toma de decisiones en el campo de la salud. Es así como, frente al brote del cólera (1991), quedó demostrado la efectividad de la relación Estado y Sociedad Civil que establecieron puntos de encuentro y articulación, que favorecieron grandemente la organización del ámbito local en la gestión y la acción intersectorial, creándose diversos comités distritales de lucha contra el cólera; esta experiencia contribuyó a romper barreras entre las organizaciones populares, las ONGs y las entidades del Estado como los Ministerios de Salud y Educación. Posteriormente la estrategia SILOS, se convierte en estrategia de Zonas de Desarrollo Integral de Salud (ZONADIS), intentando crearse una por cada región de salud. Se continuó trabajando con los distritos sanitarios, los que alcanzaron mayor desarrollo en Lima Metropolitana aunque también tuvieron éxito en algunas provincias.

En el año 1994 se crea el programa gubernamental denominado Comités Locales de Administración compartida (CLAS), el cual continúa hasta la fecha con diversos niveles de éxito en el ámbito nacional. Este modelo de cogestión propuesto desde los CLAS, se sustenta en el fortalecimiento de la participación de la comunidad en los procesos de la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, en forma conjunta, con los trabajadores de salud, compartiendo responsabilidades en la gestión y administración.

A partir del año 1992 el desarrollo de proyectos de inversión (Proyecto 2000, Proyecto Salud y Nutrición Básica, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, entre otros) crean también un espacio importante para el desarrollo y fortalecimiento de acciones de comunicación en salud, pues incluyen componentes de información, educación y comunicación en temas de salud priorizados.

Del mismo modo, desde 1996, se viene implementando en el Perú la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables para un desarrollo sostenible, promovida por el Ministerio de Salud. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de agencias de cooperación como OPS-OMS, UNICEF, UNFPA, UNESCO, ODA, USAID y Proyecto AMARES.

En septiembre del año 2000, se instaló la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, así como por diversas instituciones públicas y privadas comprometidas con la temática.



En agosto del 2002, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, suscribieron el Convenio Marco de Cooperación Técnica, mediante el cual ambas instituciones expresan su voluntad y acuerdo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud.

El avance más importante en los temas de salud y desarrollo lo constituye la inclusión como primer Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012: “La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad”, considerando la importancia de promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una Cultura de la Salud, constituyéndose en una prioridad para el Sector por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida.⁴

Asimismo, el Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios. Este modelo supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”.⁵

A través de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobada por el Congreso de la República el 17 de enero de 2002, se crea la Dirección General de Promoción de la Salud, incorporando así esta línea estratégica y prioritaria a la estructura funcional del Ministerio (Cap.X, Art. 27°). Entre las funciones que le han sido asignadas se encuentran la formulación de políticas y planes de promoción de la salud concertada con los niveles regionales, así como, el diseño de estrategias de implementación de servicios y gestión sanitaria que incorporen el enfoque de promoción de la salud orientadas a la generación de comportamientos y entornos saludables.

El 15 de febrero del año 2005, mediante RM N° 111-2005/MINSA, fueron aprobados los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”, que se constituyen en un importante documento normativo que facilitará el desarrollo de las acciones de promoción de la salud en el país y el cumplimiento de los objetivos funcionales asignados a la Dirección General de Promoción de la Salud.⁶

A través de sus Lineamientos de Políticas, la Dirección General de Promoción de la Salud apuesta a largo plazo a la construcción colectiva de una *cultura de salud*, orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organizan en comportamientos y/o estilos de vida saludables, basadas en intervenciones desarrolladas en los distintos escenarios que promueven la salud; contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas.

Esta visión de promoción de la salud, requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad; contemplados en los lineamientos que se mencionan a continuación y que se articulan, a su vez, con los lineamientos estratégicos de la Dirección General de Promoción de la Salud:

⁴ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012. Lima, 2002.

⁵ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012. Lima, 2002.

⁶ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. 2005.



| N° | Lineamientos de Política de DGPS | Acciones Estratégicas de la DGPS ⁷ |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud. | <p>Promover que la salud es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud, la población, sus organizaciones y las diferentes instancias del Estado.</p> <p>Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables.</p> <p>Incorporar la Promoción de la Salud en la agenda pública, en las políticas y planes de desarrollo local.</p> <p>Crear condiciones para promover la salud mental de las poblaciones enfatizando en acciones orientadas a la detección temprana y el fortalecimiento de factores resilientes a nivel individual y colectivo.</p> <p>Promover las oportunidades y el acceso del individuo, la familia y la comunidad en procesos de toma de decisiones.</p> <p>Desarrollar condiciones que favorezcan la articulación con los procesos de descentralización y fortalecimiento de capacidades en el ámbito municipal y comunitario.</p> |
| 2 | Mejorar las condiciones del medio ambiente. | <p>Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente de la comunidad.</p> <p>Fortalecer el rol formador y socializador de la familia para el desarrollo de una conciencia de defensa del medio ambiente y de los recursos naturales.</p> |
| 3 | Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía | <p>Reconocer y revalorar el rol de los promotores de salud y agentes comunitarios como actores clave para la promoción de la salud.</p> <p>Incorporar el tema de promoción de la salud en la agenda de las Redes Sociales existentes.</p> <p>Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.</p> <p>Promover el ejercicio de derechos, roles democráticos y corresponsabilidad social con equidad de género para el desarrollo de una cultura ciudadana en salud.</p> <p>Potenciar y fortalecer a los gobiernos locales como instancia responsable de crear los ámbitos y condiciones para el pleno ejercicio de la participación ciudadana.</p> |

⁷ Documento de Trabajo: Plan Estratégico de la DGPS, 2003.



| N° | Lineamientos de Política de DGPS | Acciones Estratégicas de la DGPS |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud. | <p>Implementar nuevas formas de organización de servicios que incorporen el enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extramural.</p> <p>Desarrollar competencias entre el personal de los servicios para que brinde atención con enfoque de promoción de la salud.</p> <p>Desarrollar políticas de formación de recursos humanos con enfoque de promoción de la salud.</p> <p>Fortalecer el trabajo de los promotores de salud/agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales.</p> <p>Fortalecer la participación comunitaria en la gestión sanitaria y los planes de salud locales.</p> <p>Fortalecer las relaciones entre los servicios de salud y todos los actores sociales relevantes al nivel local.</p> <p>Promover el ejercicio de corresponsabilidad social en el desarrollo de la comunidad.</p> <p>Generar evidencias de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud que aporten información relevante para el diseño de políticas saludables.</p> <p>Los servicios de salud deberán desarrollar estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a la vida y la salud a lo largo del ciclo vital.</p> |
| 5 | Reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local | <p>Los ámbitos locales deberán desarrollar estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de reasignar recursos para incrementar niveles de bienestar y calidad de vida.</p> <p>Dentro del sector salud los diversos niveles operativos deberán asignar en forma creciente mayores recursos económicos para el desarrollo de actividades vinculadas a la promoción de la salud.</p> <p>Promover el uso racional de los recursos para fortalecer la reorientación de los mismos en la satisfacción de las necesidades de salud de la población.</p> <p>Promover la relación con la cooperación técnica y financiera nacional e internacional.</p> |

Es preciso señalar que el Ministerio de Salud - MINSA, inició la planificación del proceso de descentralización del sector en abril del 2004. Como parte de una decisión de política institucional este proceso ha tenido dos características, además de las establecidas por las leyes vigentes que rigen el proceso: ser planificado y consensuado. En una primera etapa se incidió en el trabajo con los gobiernos regionales del interior del país. Con éstos se consensuó, entre otros, las funciones regionales en salud, de las cuales 37 han sido incluidas en el Plan de Transferencias de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y



Locales del año 2005, aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2005-PCM. En una segunda etapa se realizó un plan de mediano plazo correspondiente al período 2006-2010, documento presentado al Consejo Nacional de Descentralización - CND; en donde se explicitan las funciones a transferir. Una de las funciones claves a transferir en el año 2006 es la correspondiente a “Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad” en los niveles regionales.

El proceso anterior muestra la plena concordancia entre los lineamientos de políticas de promoción de la salud y las políticas de Estado generadas a partir del Acuerdo Nacional, en lo referente a la política de descentralización y fortalecimiento de los gobiernos regionales y ámbitos locales en el marco de la lucha contra la pobreza.

5.2 MARCO CONCEPTUAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El concepto de promoción de la salud pone en consideración el entendimiento del concepto mismo de salud, que pasamos a revisar brevemente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social del individuo”, es decir, como el equilibrio entre estos tres componentes y no sólo la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud está directamente vinculada con el logro del bienestar, entendiéndose éste como la posibilidad de crecer y desarrollarse a través del acceso a una adecuada alimentación, educación, trabajo, recreación, deporte y cultura, así como contar con las condiciones necesarias de atención en caso de enfermedad.

En los últimos tiempos se viene trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de vida. Antonovsky (1987) afirma que la salud es creada y vivida por la gente, en los lugares donde desarrolla su vida diaria; donde aprende, trabaja, juega y ama.

Aún más añadiremos que, la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político, y no circunscrita solo a una atención médica reparativa. (Aliaga, 2003). Esta consideración es clave y relevante tomarla en cuenta para iniciar el abordaje de lo que significa la promoción de la salud. La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú conceptúa la promoción de salud como:

“Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”. (Lineamientos de Política de Promoción de Salud).

La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud (OMS, 1998).

Por tanto, las estrategias de promoción de la salud, están diseñadas para llegar a toda la población y para influir sobre un rango amplio de los determinantes de la salud (Canadá Health y OPS/OMS, 2000).

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar.

Es importante diferenciar la promoción de la salud con la prevención de la enfermedad. La prevención en salud pública disminuye la incidencia o la prevalencia de una enfermedad. Por ende, sus objetivos están



relacionados con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. La prevención alude a la reducción de los factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos. Es una estrategia de carácter reactiva y defensiva. (Gómez Zamudio, 1998).

Sin embargo, a pesar de las diferencias, el enfoque de prevención primaria presenta similitudes con el enfoque promocional, a nivel de las estrategias y el papel que asigna a sus actores. Dentro de las similitudes evidenciadas se observa que ambos enfoques hacen uso de la educación sanitaria y comunicación social, como estrategias primordiales. Igualmente, ambos enfoques utilizan la intersectorialidad y comparten la responsabilidad y los roles entre la comunidad y los interventores. Estas similitudes hablan por tanto de la necesidad de concebir a la prevención y a la promoción de la salud como procesos complementarios más que opuestos.

Asimismo, es necesario distinguir a la promoción de la salud del marketing ó mercadotecnia social. Esta última es una estrategia para el cambio de conducta; promueve tanto ideas como prácticas sociales. La mercadotecnia social se construye en torno al conocimiento obtenido de las prácticas comerciales: el establecimiento de objetivos mensurables, la indagación de necesidades humanas, el señalamiento de productos para grupos especializados de consumidores, la tecnología de presentar los productos de manera que se adapten a las necesidades humanas y una comunicación efectiva sobre sus beneficios. (Kotler, 1993).

La piedra angular de la promoción de la salud es el compromiso de lograr una situación de equidad mediante enfoques que capaciten a las comunidades y los individuos de todas las edades para tomar decisiones saludables. La promoción de la salud consiste también en asegurar que las políticas públicas favorezcan esa adopción de decisiones saludables y en procurar influir en los numerosos determinantes, complejos y sinérgicos, de la salud que operan fuera del sector sanitario a nivel individual, doméstico, comunitario, nacional y mundial. (OMS, 2000).

La promoción de la salud se sustenta en los modelos ecológico y ambiental. Estos modelos se basan en los principios de la multicausalidad de los determinantes de la salud y la enfermedad y sobre las interacciones de los factores. Las intervenciones que se plantean en un modelo ecológico buscarán simultáneamente alcanzar al individuo (en sus hábitos de vida), a su medio de vida o entorno (casa, trabajo, amigos), las condiciones de vida más amplias (estructuras socioeconómicas, valores sociales, culturales, políticos y públicos).

Las intervenciones que se planeen en un enfoque ambiental tendrán en cuenta los ambientes bio-sico-comportamentales (la biología, la psicología y el comportamiento) y además, los ambientes físico sociales (geográficos, socio-culturales, arquitectónicos y tecnológicos).

Asimismo es importante considerar la influencia de las determinantes de la salud que se detalla a continuación:

Determinantes de la Salud

La promoción de la salud hace énfasis en el control de los determinantes de la salud. Los “determinantes de la salud” es el nombre colectivo asignado a los factores y a las condiciones que influyen en la salud de las poblaciones.

Marc Lalonde introduce el tema de los determinantes de la salud, remarcando cuatro determinantes básicos para entender los procesos de promoción de la salud: 1) *Estilo de vida*: Los factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida poseen múltiples dimensiones y están ligados a varios problemas importantes para la salud (estilos de vida ligados al consumo de alcohol, a desórdenes en la alimentación). Los problemas de salud vinculados a determinantes de un estilo de vida pueden ser específicos de una fase de la vida, por ejemplo, la niñez o la vejez, pero pueden también estar muy vinculados a aspectos culturales. 2) *Biología humana*: Está referido a la herencia genética que no suele ser modificable con la tecnología médica. 3) *Sistema sanitario*. 4) *Medio ambiente*: Cualquier contaminación producida en el aire, agua, suelo, que afecta la salud de los individuos. Se puede hablar de contaminación biológica, física, química o la contaminación socio-cultural y psicosocial (violencia, stress).



El Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial sobre la salud de la población canadiense (2002) señala que los factores determinantes de la salud pueden agruparse en cinco categorías, señaladas a continuación:

1. Ambiente socio-económico.- El ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo.
2. Entorno físico.- Los factores físicos tanto en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno natural y físico construido por el ser humano.
3. Hábitos personales de salud.- Comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
4. Capacidad individual y aptitudes de adaptación.- Características psicológicas de la persona tales como competencia personal, aptitudes de adaptación y sentido de control y dominio; al igual que características genéticas y biológicas.
5. Servicios de salud.- Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

En Diciembre de 2002 se realizó, en Toronto, Canadá, la conferencia “*Social Determinants of Health Across the Lifespan*”.⁸ Los objetivos de dicha conferencia fueron: a) Hacer el balance sobre el estado de los determinantes sociales claves de la salud de los canadienses, b) Explorar el posible efecto de éstas condiciones sobre la salud de los canadienses, y c) Identificar direcciones políticas que podrían influenciar la calidad de esos determinantes y así, mejorar la salud de los canadienses. La conferencia se dio en un momento en que las políticas canadienses en materia social y de salud se están reorientando para reflejar los cambios profundos en los sectores políticos, sociales y económicos del país.

En esta conferencia se han delimitado los siguientes determinantes de salud que Canadá se compromete a revisar y a poner énfasis en lo sucesivo para mejorar aún más los niveles de salud de la población. Dentro de los enumerados se encuentran: desarrollo de la infancia, la educación pública, el empleo y las condiciones laborales de ciertos grupos, la seguridad alimentaria, los servicios de salud, la vivienda, el ingreso y su distribución social, la exclusión social, las medidas de asistencia social, el desempleo y la seguridad laboral.

En el Perú, en el marco del II Encuentro Nacional de Promoción de la Salud⁹ se realizó un taller para analizar y priorizar los determinantes de salud en el país, en base a la situación social y de salud de la población peruana. Estos han sido priorizados como sigue: ingreso y pobreza, educación, cultura, alimentación y nutrición, entornos.

A continuación presentamos una aproximación de la influencia de condiciones socio-culturales, económicas y comportamentales en la salud de la población peruana. En este acápite no pretendemos hacer un diagnóstico exhaustivo de todas las variables, sólo nos detendremos a identificar algunos ejemplos de cómo el nivel de ingresos, el nivel educativo y el género, tienen una influencia en la salud de la población.

1) Nivel de ingresos

Existen investigaciones que demuestran las conexiones entre los ingresos y el estado de salud. Un estudio realizado en Canadá concluyó que los hombres en el grupo de ingresos del 20% superior viven en promedio seis años más que los hombres en el 20% inferior, y que pudiera esperar catorce años más de vida libre sin restricciones en sus actividades. (Wilkins, Russell and Adams, Owen).

Las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte puedan variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Canadá Health, 2000).

⁸ Conferencia patrocinada por la Universidad de York en Toronto, Canadá del 29 de noviembre al primero de diciembre de 2002, en donde se reunieron más de 400 representantes comunitarios, investigadores en materia de salud, y expertos en materia de política social y de salud.

⁹ Desarrollado en Diciembre 2005, en Lima-Perú.



En el Perú una persona con mayores ingresos económicos tiene 4,8 veces más probabilidades de ser atendido en un consultorio que una persona pobre.

Mientras en el quintil más pobre 36% de personas no pudieron acceder a un servicio de salud por falta de dinero, en el quintil de la población con mayores ingresos económicos este porcentaje cae a solo 6%. (Lenz R. y Alvarado B., 2005) (INEI-ENAH0 2003).

Las enfermedades más recurrentes durante el año 2000 en el primer quintil (más pobre) son las infecciones respiratorias y otras relacionadas (24,39%), así como las infecciones intestinales y parasitosis (23,50%). Estas últimas vinculadas a la no disponibilidad de servicios de saneamiento y educación. (MINSA 2004). Mientras que en el nivel urbano nacional el 81.1% cuenta con acceso a la red pública de agua potable, en el área rural es de sólo el 33.2% (se considera el porcentaje de familias que cuentan con conexión a la red pública dentro o fuera de la vivienda). Las regiones con menor acceso a la red pública son Puno (2,8%) y Pasco (31,4%). (ENAH0 2003).

M. Valdivia sostiene que las diferencias en ingresos explican aproximadamente 40% de las diferencias en el nivel nutricional de los niños de los quintiles más pobres y más ricos. Pero al desagregarlo por ámbito, la contribución de esta variable supera el 60% en áreas rurales. (Valdivia, 2002).

En 2002 DEVIDA realizó la Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas que arroja datos importantes respecto a condiciones determinantes del consumo de drogas. Uno de los hallazgos de esta encuesta radica en el hecho de que las personas que provienen de familias con mayor cantidad de posesiones (el nivel de indicador de nivel socioeconómico seleccionado en la encuesta de DEVIDA) inician el consumo de alcohol y tabaco más temprano que aquellos con menores recursos. (DEVIDA, 2003). Asimismo, las personas cuyas familias tienen más posesiones inician consumo de marihuana más pronto en comparación con las familias de menores ingresos.

2) Nivel de Educación

Los niveles de analfabetismo que, por lo general, están relacionados con los niveles de instrucción, son variables predictivas importantes del empleo, la participación activa en la comunidad, y el estado de salud así como del éxito de un país.¹⁰

En el Perú la falta de acceso a la educación de las mujeres, especialmente de las zonas más pobres, origina que muchas de ellas no asistan a la escuela. A nivel nacional la tasa de analfabetismo es de 10,7. No obstante, al desagregar estos datos por sexo, se observa que mientras los varones tienen una tasa de analfabetismo de 5,3, las mujeres alcanzan una tasa de 15,8. Con respecto a Lima se observa una tasa de analfabetismo de 5,9; en Huancavelica la tasa de analfabetismo femenina es de 44,2. Es decir, en Huancavelica de cada 100 mujeres casi la mitad es analfabeta. Los lugares donde se presentan las tasas más altas de analfabetismo como Apurímac, Huánuco y Puno son las zonas donde existe más pobreza en el país; es uno de los factores subyacentes de la fecundidad precoz en el Perú. Las adolescentes con bajo nivel educativo están en mayor riesgo de convertirse en madres precoces, que aquellas que cuentan con niveles educativos más altos. Sólo la educación superior, grado que no todas las mujeres alcanzan, protege en mayor medida contra la fecundidad precoz. Asimismo, el 6,6% de mujeres con educación superior tuvo un hijo antes de los 20 años, a diferencia de aquellas con educación primaria o secundaria, 4 de cada 10 fueron madres antes de los 20 años. (INEI, 2002).

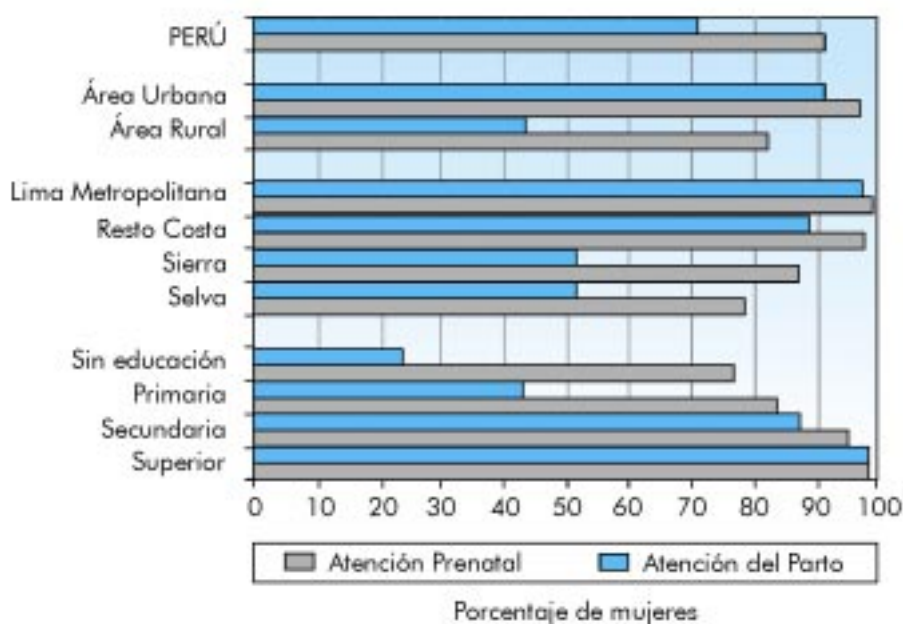
La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del infante, evitando que contraiga tétanos neonatal por contaminación durante el parto. Entre las mujeres sin educación la cobertura es de 66%, en tanto que es mucho mayor para quienes alcanzaron educación secundaria 80%. (ENDES CONTINUA 2004).

¹⁰ The Minister of Public Works and Government Services-Canadá, 2000.



El 71% de los partos fue asistido por profesionales de la salud. Las menores coberturas se encuentran entre las mujeres que no tienen educación (23%), las de alta paridad (31%) y las que tienen residencia en el Área Rural (44%). El nivel de atención de los partos por profesionales de la salud en Lima Metropolitana (97%) contrasta con el bajo nivel en la Sierra y Selva (51% en ambos). (ENDES CONTINUA 2004).

Atención prenatal y del parto por profesionales de salud, según área de residencia y nivel educativo



Fuente: ENDES CONTINUA 2004.

Podemos observar en el siguiente caso, cómo a medida que aumenta el nivel educativo se tiene una tasa global de fecundidad menor, no encontrándose brechas entre la tasa de fecundidad deseada con la real. Mientras que la mujer que tiene educación superior tiene una tasa de fecundidad deseada de 1.2, muy similar a la tasa global de fecundidad de 1.5; la mujer sin educación tiene una alta brecha entre lo deseado y lo real, reflejando una tasa de fecundidad deseada de 1.4 versus la tasa global de fecundidad de 4.3.

Fecundidad deseada y observada

| EDUCACIÓN | Tasa Fecundidad deseada | Tasa global de fecundidad |
|---------------|-------------------------|---------------------------|
| Sin Educación | 1.4 | 4.3 |
| Primaria | 2.1 | 3.6 |
| Secundaria | 1.6 | 2.3 |
| Superior | 1.2 | 1.5 |

Fuente: ENDES CONTINUA, 2004.



El género como categoría de análisis, brinda marcos teóricos, que permiten explicar, analizar los procesos de construcción social, cultural en las relaciones entre hombres y mujeres en una sociedad y tiempo determinado. La utilización de este enfoque como herramienta analítica en salud permite conocer la relación entre la biología y el medio social, identificando necesidades especiales de atención, percepciones de enfermedad, acceso y control de recursos básicos de protección de la salud.

Las inequidades más grandes que afecta el desarrollo integral de las personas se dan en el Perú, en primer término entre departamentos y regiones, y en segundo término ocurren entre los sexos. La pobreza perpetúa la mala salud, la desigualdad de género y el rápido crecimiento de la población. El índice del desarrollo humano relativo al género mide el grado de disparidad en el adelanto medio del desarrollo humano. Este índice considera la esperanza de vida al nacer, la tasa de alfabetización de la población de 15 y más años, el promedio de estudios alcanzados por la población de 25 y más años y el ingreso per cápita. Según los datos del índice de desarrollo humano relativo al género por departamentos con mayor y menor índice – 2001, el Perú tiene un índice de 0.620, lo cual lo ubica en el nivel mediano alto. Los máximos valores nacionales están en Lima (0.868) y Callao (0,845), los valores mas bajos están en Huancavelica (0,468) y Ayacucho (0,492)¹¹.

Los diferentes datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática y la ENAHO IV Trimestre 1997 – 2002, nos permite tener un análisis de la situación social y de salud. Por ejemplo los datos referidos a la reducción del analfabetismo en el Perú, reportan que de 38.9% en 1961 a disminuido en 12.1%, pero al analizar estos datos por sexo, da cuenta que esta situación sigue afectando principalmente a las mujeres, que representan el 17.5% del total de personas analfabetas, mientras que sólo 6.1% de hombres son analfabetos (ENAHO 2001).

Igualmente, es importante destacar que el 20.4% de los hogares peruanos tienen por jefa a una mujer, porcentaje que desciende levemente en el área rural a 17.1%, y asciende en el área urbana a 22.1%. En el Perú el 30.1% de los hogares son mono parentales (conducidos por la madre o por el padre) y el 63.1% de estos están liderados por mujeres (madres solteras abandonadas o divorciadas)¹².

Estos son algunos ejemplos que permiten identificar la necesidad de incorporar el enfoque de género en los procesos de la salud y enfermedad, y que a partir de ello se planteen propuestas de políticas, programas y proyectos orientados al mejoramiento de la salud de mujeres y hombres.

5.3 MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Dirección General de Promoción de la Salud, desarrolló un marco de referencia denominado “Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud”, (Cuadro Matriz N° 09) aprobado con RM que contiene las bases teóricas y metodológicas, para orientar las intervenciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local, enmarcado en el cumplimiento de sus Lineamientos de Política.

El modelo considera al desarrollo humano como fin último a alcanzar por la promoción de la salud y trata de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro de nuestra misión, respetando la realidad heterogénea del país. En concordancia con los lineamientos del sector, el modelo de abordaje de promoción de la salud tiene como referente inmediato al Modelo de Atención Integral en Salud, impulsado por el Ministerio de Salud.

El documento, aprobado con RM N° 729-2003 del 20 de junio del 2003, plantea que el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país,

¹¹ Elaborado sobre la base del Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENAHO IV Trimestre 2001.

¹² OPS/OMS, Base de datos de la Línea de Base diferencias e inequidades en la salud de las peruanos y peruanas, 2004



basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable. En ese contexto, la promoción de la salud contribuye a lograr que las personas asuman comportamientos saludables para mantener y mejorar permanentemente su salud y contribuir a su desarrollo humano pleno, promover la construcción de una cultura de la salud y fortalecer el desarrollo local y regional.

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud tiene como estrategia importante la participación ciudadana en los distintos escenarios, con énfasis en los niveles más locales, potenciando el proceso de descentralización.

MATRIZ 01:
MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

| ENFOQUES TRANSVERSALES | ESTRATEGIAS | POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN | | | | ENTORNO Entornos Saludables | EJES TEMÁTICOS Comportamientos Saludables | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|
| EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD | ABOGACÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS | FAMILIA | ETAPAS DE VIDA | | | | VIVIENDA | ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN |
| | | | N I Ñ O | A D O L E S C E N T E | A D U L T O M A Y O R | HIGIENE Y AMBIENTE | | |
| EQUIDAD DE GÉNERO | COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD | COMUNIDAD | | | | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | ACTIVIDAD FÍSICA | |
| | | | | | | | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | |
| INTERCULTURALIDAD | PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EMPODERAMIENTO SOCIAL E INTERSECTORIAL | | | | | MUNICIPIOS | HABILIDADES PARA LA VIDA | |
| | | | | | | | SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO | |
| | | | | | | CENTROS LABORALES | PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | |

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud reconoce a las personas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Este abordaje tiene como punto de partida a la población, con y hacia la cual se dirigen las acciones de promoción de la salud, desarrollando habilidades personales y redes sociales que le permitan generar cambios y tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud.

5.3.1 Población Sujeto de Intervención

El modelo considera tres dimensiones en la población sujeto de intervención: 1) La Persona en sus diferentes etapas de vida, 2) La Familia, y 3) La Comunidad.



5.3.1.1 La Persona en sus diferentes Etapas de Vida

Los esfuerzos en promoción de salud se dirigen a mejorar la salud, calidad de vida y el bienestar de la población durante todas las etapas de su vida.

Durante toda su vida la persona presenta un conjunto de necesidades en salud que supera el tradicional enfoque biológico y que involucran aspectos psicológicos, sociales, culturales y de relación con el entorno y su medio ambiente. Por consiguiente, las intervenciones en la población tienen mayor efectividad cuando se hacen teniendo en cuenta cada una de las etapas de vida; asimismo, en ésta lógica se pueden identificar con mayor detalle las determinantes sociales que afectan la salud.

Etapas de Vida Niño: mujeres y varones (de 0 a 9 años)

La niñez, es considerada la base principal de las intervenciones en promoción de la salud; tienen el propósito de proteger los derechos y el potencial cognitivo, emocional, social y físico, de las niñas y niños, lo que asegurará mejores resultados en las intervenciones siguientes por etapa de vida. En ésta etapa de vida, el potencial de las intervenciones educativo comunicacionales es significativo.

Etapas de Vida Adolescente: mujeres y varones (de 10 a 19 años)

La adolescencia constituye uno de los periodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Entre los más importantes tenemos: la madurez del sistema reproductor, el desarrollo de la autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto. En esta etapa surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, que dan origen a su vez a nuevos comportamientos. La influencia de los amigos y de los medios de comunicación adquiere importancia. Las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán su salud y su desarrollo físico-psico-social y les afectará durante toda su vida. Es una época en la que se requiere nuevas competencias y conocimientos. (OMS, 1999).

Es importante que en esta etapa de vida las intervenciones tengan un componente para el desarrollo de habilidades individuales y la generación de oportunidades en el entorno.

Etapas de Vida Adulto: mujeres y varones (de 20 a 59 años)

Las intervenciones educativas en esta etapa de vida repercuten positivamente en los hábitos y comportamientos familiares, toda vez que la intervención es directamente sobre los jefes de familia.

Etapas de Vida Adulto Mayor: mujeres y varones (de 60 a más años)

Las personas comprendidas en esta etapa de vida constituyen un grupo importante para intervenciones preventivas promocionales en hábitos saludables. Es primordial que todas las intervenciones diseñadas tengan como propósito mejorar la calidad de vida.

5.3.1.2 La Familia

La familia es considerada la unidad social básica y el medio en el que se desarrollan las bases de la generación de saberes, conductas y hábitos alrededor de la salud. La familia tiene un papel central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez y adolescencia, y la práctica de hábitos de vida saludables durante la juventud, la adultez y los adultos mayores.

La familia es un espacio de socialización importante que influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos relevantes a la salud y bienestar. Las personas ven a la familia como su entorno más próximo y donde construyen valores, modos de interpretación, percepciones, orientaciones, modos de conducta, protección ante los desafíos de la vida diaria y otros considerados de importancia en el proceso de salud y bienestar.



Las acciones de promoción enfatizan la función de la familia como fundamental en la generación de autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y empoderamiento social, lo que a su vez incrementan la eficacia de sus intervenciones.

5.3.1.3 La Comunidad

Los integrantes de una comunidad tienen aspectos comunes de relación, influencia y/o dependencia de índole social, cultural, económico, político y de desarrollo. La comunidad es un aliado fundamental para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y bienestar de las personas. La comunidad con su participación, reflexión, cooperación y movilización favorece y hace sostenible las intervenciones que contribuyen al desarrollo local y a alcanzar resultados intermedios y finales de salud. La gestión sanitaria, con base participativa y democrática contribuye a legitimar al Estado ante la comunidad y fortalece la construcción de una ciudadanía justa y democrática.

Dentro de la comunidad, las redes sociales representan formas de organización social, y su presencia contribuye a la articulación de acciones integrales de promoción de salud. Las redes son consideradas como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes y que intercambian recursos para perseguir estos intereses, aceptando a la cooperación como la mejor manera de alcanzar metas comunes. (Fleury, 2002).

Las redes sociales operan dentro de las sociedades como nexos de interrelación entre las personas o grupos organizados, constituyendo esfuerzos organizados para aspirar a mejores condiciones de vida y de salud. Dentro de su territorio de actuación, las redes debidamente organizadas y comprometidas facilitan movilizaciones sociales integrales que contribuyen a cambios positivos en la calidad de vida y desarrollo de la sociedad. Las estrategias y acciones en promoción de la salud, basadas en la participación social e intersectorial, interactúan de manera continua con las redes sociales para promover la generación de políticas públicas saludables.

5.3.2 Escenarios

Los escenarios constituyen espacios territoriales donde se produce la dinámica social, donde las personas desarrollan sus actividades diarias y se integran los procesos relacionados con las condiciones de vida y de salud.

Los escenarios brindan la oportunidad de intervenciones de amplio alcance que pueden estar dirigidas a un cambio relacionado tanto de la conducta orientada a la salud, como del entorno, con la finalidad de alcanzar niveles adecuados de salud.

El hecho de garantizar intervenciones considerando los escenarios en donde las personas se desenvuelven cotidianamente permite:

- Centrar la atención en los lugares en los que se promueve y se desarrolla la salud (los lugares donde las personas viven, trabajan, aprenden, juegan y reciben atención sanitaria).
- Establecer límites de actuación fácilmente reconocibles.
- Facilitar la identificación de los socios potenciales.
- Proporcionar la oportunidad de medir y observar el impacto de las intervenciones en favor de la salud.

Los escenarios claves identificados por el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud son: vivienda, municipio, instituciones educativas y centro laboral; constituyéndose cada uno de ellos en un ámbito de acción sobre públicos diversos.



5.3.2.1 La Vivienda

La vivienda más allá del espacio físico, se constituye en parte del entorno de las personas, cuyas características influyen en el bienestar y la salud de las familias. La vivienda como espacio físico, comprende los materiales que la componen, la calidad de los mismos, sus condiciones de saneamiento, su micro localización geográfica y social.

Los principales efectos sanitarios adversos derivados de la mala vivienda son debidos a la falta de sistemas de saneamiento, humedad, moho, mala calidad del aire, contaminación acústica, deficiencias de construcción que posibilitan los accidentes y los daños en caso de terremotos, materiales de construcción insalubres incluido el amianto y las pinturas a base de plomo.

Por ejemplo, la falta de ventilación genera una contaminación del ambiente interno, produciendo alergias y enfermedades respiratorias; las personas que conviven con fumadores están expuestas a una contaminación dos a tres veces superior a las personas que viven con no fumadores; la exposición total a la contaminación del ambiente interno varía en función del porcentaje de tiempo que se pasa en el exterior, de la capacidad de ciertos contaminantes para introducirse en el entorno interno, y de los niveles de contaminantes generados en el hogar por las cocinas, las pinturas, los muebles y los materiales de construcción.

Las viviendas deben tener características en concordancia a los requisitos mínimos que garantice el pleno ejercicio del acto de morar, ampliando y mejorando la calidad del espacio y de la vida, propiciando la convivencia armónica y la dignidad humana. La vivienda es, en suma, el escenario donde se desarrollan los procesos culturales, económicos y sociales, donde las acciones de promoción de la salud cobran vigencia y relevancia.

5.3.2.2 La Institución Educativa

Las instituciones educativas son escenarios privilegiados para la formación y difusión de una cultura de la salud en los alumnos y padres de familia, y desde allí hacia la familia y comunidad.

Como institución representativa de la educación en su localidad, es responsable de la construcción de espacios de desarrollos saludables y sostenibles en el tiempo; por ello, la institución educativa es considerada un escenario estratégico para promover la construcción de una cultura de la salud, desde la comunidad educativa hacia la comunidad en general.

Los programas de educación sanitaria impartidos en las escuelas a menudo se basan en una perspectiva demasiado tradicional, que proporciona a los estudiantes información sobre cuestiones sanitarias, pero que no utiliza procedimientos imaginativos e interactivos para enseñarles a tomar decisiones reflexionadas, saber hacer frente al stress, ser asertivos, vivir en sociedad e inculcarles aptitudes útiles para la vida.

Estos escenarios deben reunir condiciones físicas, sanitarias, ambientales, emocionales y afectivas, para que las niñas y niños desarrollen sus aptitudes y actitudes adecuadamente. Por consiguiente, es importante que cuenten con aulas amplias, espacios físicos y mobiliarios adecuados, iluminación, baterías sanitarias acordes con la edad, espacios de recreación y seguridad; a eso debe sumarse la promoción de hábitos alimentarios saludables, de higiene y estilos de vida saludables con el afán principal de mejorar la calidad de vida de niñas y niños.

5.3.2.3 El Municipio

El Municipio es la demarcación territorial adscrita a la municipalidad, en el que viven las personas y familias conformando comunidades, establecen redes sociales y relaciones entre sus miembros con igual o diversas problemáticas. Comprende además los espacios públicos, servicios públicos entre otros.



Sus características estructurales y dinámicas dependen de aspectos del orden social, económico, cultural, educativo, de seguridad ciudadana y por supuesto de la salud de su población. El municipio es el nivel de gobierno más cercano a las necesidades de la población y a sus decisiones; y por lo tanto deberían expresar esta cercanía en la formulación e implementación de políticas saludables que faciliten el empoderamiento, promuevan el liderazgo y la participación ciudadana.

En mérito a lo anterior, un municipio saludable es aquel en el que sus autoridades, instituciones, organizaciones públicas y sociedad civil, se esfuerzan por mejorar las condiciones de vida, vivienda, educación, alimentación, trabajo y cultura de la población, en relación armoniosa con su entorno, fortaleciendo lazos de solidaridad y equidad.

Los Municipios Saludables contribuyen a crear condiciones favorables para desarrollar acciones de promoción de la salud a partir del compromiso de los alcaldes, autoridades regionales y de otros sectores públicos de la localidad con la finalidad de generar comunidades saludables mediante políticas públicas saludables e insertar la salud en las agendas públicas.

5.3.2.4 El Centro laboral

La promoción de la salud en los lugares de trabajo tiene como objetivo el bienestar y mejoramiento de la salud de los trabajadores. El logro de éste objetivo redundará también en beneficios para la institución como un aumento de la productividad, de la reducción de los gastos en salud y del ausentismo y el mejoramiento de la imagen de la empresa.

Los trabajadores pasan al menos una tercera parte de su vida en el trabajo, por consiguiente, se constituye en un escenario de importancia para su salud pública. La inversión en la mejora de las condiciones de trabajo puede generar una mejora de la salud de los trabajadores, y por lo tanto, en la productividad de las empresas. Asimismo, en la medida en que los centros laborales son uno de los pocos lugares en los que se puede llegar de forma sistemática a la población adulta en calidad de personas individuales, dichos escenarios se constituyen en un lugar muy importante para promover eficazmente la salud entre los adultos de forma continua.

5.3.3 Ejes Temáticos priorizados

A fin de dar respuestas a las principales necesidades de la población detectadas en las diversas etapas de desarrollo¹³, se han priorizado ejes temáticos que constituyen el contenido conceptual clave a ser abordados en los diferentes escenarios.

Sin embargo, la priorización de ejes temáticos deberá estar en concordancia con cada una de las necesidades sanitarias locales y regionales identificadas, en tanto el Perú es un país con diversidad geográfica, cultural, social y económica; y cada región enfrenta retos particulares para mejorar las condiciones de salud de su población.

Los ejes temáticos se implementan a través de los cuatro programas de promoción de la salud, según población sujeto de intervención en sus diferentes etapas de vida.

Para su operativización, los ejes temáticos requieren orientaciones y desarrollo de acciones; así como su posterior adaptación según las características propias de la región o localidad.

Los ejes temáticos priorizados son:

¹³ Necesidades explicitadas en el Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud. En este se reconoce que el centro del Modelo de Atención son las personas; el objetivo de la atención es responder a las necesidades de salud de estas personas, su familia y comunidad. Las necesidades de salud son el conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable.



- Alimentación y Nutrición Saludable.
- Higiene y Ambiente.
- Actividad Física.
- Salud Sexual y Reproductiva.
- Habilidades para la Vida.
- Seguridad Vial y Cultura de Tránsito.
- Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz.

5.3.3.1 Alimentación y Nutrición Saludable

La desnutrición crónica es uno de los problemas nutricionales endémicos de nuestro país. En el año 1984 la tasa de desnutrición crónica fue de 37.8% (ENNSA, 1982), manteniéndose casi igual hasta el año 1992 con un 36.5% (ENDES, 1992), cifra que disminuyó hasta llegar a un 25.8% en el año 1996 (ENDES, 1996); sin embargo esta tasa se mantuvo hasta el año 2000 con un 25.4% (ENDES, 2000). Asimismo los datos del MONIN-CENAN en el año 2002 reporta un 25.6%, en el año 2003 un 27.0% y en el año 2004 un 26.7% de prevalencia de desnutrición crónica en el país.

Si bien es cierto que, la desnutrición y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes y lactantes, sigue siendo un problema importante de salud pública en el país, sobre todo en las zonas rurales; también es cierto que, en las grandes ciudades vivimos una suerte de transición epidemiológica nutricional donde se estima que alrededor del 13% de la población adulta femenina tiene obesidad y alrededor de un 34% de mujeres en edad fértil están con sobrepeso (ENDES 2000).

La seguridad alimentaria definida como “el acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso”, es reconocida como un derecho humano en diferentes instrumentos jurídicos internacionales y en especial en el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1966), del cual nuestro país es también signatario y por lo tanto tiene una relación vinculante para velar por su respeto, protección y cumplimiento.

La Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos; a través de estrategias de abogacía y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud.

Por tanto, la promoción de la alimentación y nutrición saludable pretende actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.

Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y utilización (consumo) de los alimentos, que favorezcan una calidad de vida justa y digna, en el entendido de que el acceso a los alimentos es un derecho inherente de las personas.

5.3.3.2 Higiene y Ambiente

En el Perú, la baja calidad del agua se relaciona a que la población se ve obligada al almacenamiento, en recipientes no bien protegidos y que no reciben limpieza y desinfección periódicas, debido al servicio discontinuo o porque se provee de otras fuentes (manantial, río, camión cisterna, pilón).



La cobertura de saneamiento, que implica la eliminación adecuada de excretas humanas de la población a nivel nacional es de 76% y para el ámbito rural es del 40%. La desigualdad de cobertura a nivel de las regiones va de un rango de 92,8% en Lima a 29,2% en Huancavelica. Una muestra de ello es la enfermedad diarreica aguda (EDA) que tuvo una prevalencia de 15% en niñas y niños menores de 5 años para el año 2000 y a nivel rural de 17.4%.

Se ha demostrado con evidencias estadísticas por la OMS-OPS, UNICEF y estudios locales que el limitado acceso a agua potable y saneamiento y, las prácticas inadecuadas de higiene se asocian al 90% de casos de diarrea de niños menores de 5 años. El Estudio de Comportamientos sobre Lavado de Manos en el Perú, realizado en el año 2003, identificó que el 14% de las madres se lavan las manos con jabón antes de preparar y comer los alimentos y sólo el 6% lo hace después de utilizar el baño o letrina. Así mismo, el 5% de los niños mayores de 5 años se lava las manos antes de comer y el 11% lo hizo después de ir al baño o letrina.

Las prácticas de higiene permiten a la población la minimización de exposición a factores de riesgo para su salud y bienestar. La adopción de comportamientos saludables relacionados a la higiene es útil para preservar y mejorar la calidad de vida. La relación de la higiene con problemas de salud (diarreas, helmintiasis, zoonosis, entre otras) es ancestral, siendo necesaria la búsqueda y adopción de conductas saludables (lavado de manos con agua y jabón en momentos esenciales, higiene, cuidado personal) a nivel individual y familiar.

La realidad tan heterogénea del país, nos lleva a identificar y evaluar los factores determinantes que son prioritarios para mejorar las condiciones de salud de la población. Se identifican múltiples niveles de causalidad y la necesidad de acciones multisectoriales e intrasectoriales a distintos niveles, así como, la necesidad de acciones sinérgicas y complementariedad entre las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Para determinar las intervenciones óptimas de promoción en higiene y ambiente saludable se requiere identificar a nivel local la situación de las condiciones estructurales, subyacentes en forma inmediata, a fin de formular las estrategias y acciones necesarias; facilitando el proceso de participación social, la visión compartida; la planificación, el monitoreo y evaluación participativa de las intervenciones para mejorar el estado de salud de la población.

En este tema, la promoción de la salud va mas allá de cambios de comportamientos, se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas. Por tanto, es de vital importancia proveer acceso a cantidades suficientes de agua segura e instalaciones para la disposición sanitaria de excretas y promover prácticas seguras de higiene. En tal sentido el agua se convierte no solo en fuente de vida y desarrollo, sino también generan movilización social y participación comunitaria para la elaboración y financiamiento de proyectos de inversión que solucionen y promuevan la práctica saludable, y mejora del entorno. El abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene están presentes en las metas internacionales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El limitado acceso a servicios de saneamiento básico y las pobres prácticas de higiene son dos grandes problemas a enfrentar. Los principales factores que causan esta situación incluyen la falta de prioridad e inversión de los gobiernos, la escasez de recursos económicos, la limitada acción comunitaria por esos aspectos, bajo nivel educacional, y el desconocimiento de las prácticas saludables y de higiene de parte de las madres, padres de familia y de sus hijos.

La promoción de salud puede contribuir en dos grandes propósitos: fomentar la generación de políticas públicas saludables para mejorar el ambiente (agua potable y segura, saneamiento, disposición sanitaria de excretas, eliminación de residuos sólidos, descontaminación del agua, suelo y aire) y promover la adopción de prácticas efectivas de higiene, que promuevan el auto cuidado de la salud. Vale decir que existe, un propósito a nivel de lograr comportamientos saludables, y otro, a nivel del desarrollo de entornos saludables.



5.3.3.3 Actividad Física

En el año 1997 en la Encuesta Nacional de Hogares, desarrollada por el INEI, se incluyeron preguntas que exploraron algunos aspectos de la práctica de deporte en la población urbana del Perú. Allí se encontró que en tres de cada cuatro familias peruanas (76.4%) al menos un miembro de la familia practica deporte por lo menos una vez a la semana. (INEI, 1997). Dicho estudio volvió a repetirse, aunque con algunas leves modificaciones en el año 2000. Mas adelante Seclen y colaboradores hicieron un análisis secundario de dicha base de datos publicando sus resultados en el año 2003. Dicho análisis concluyó que la población peruana practica deporte en poca frecuencia y en niveles poco saludables. La conclusión más resaltante fue que sólo uno de cada 10 peruanos practica deporte en niveles que beneficia su salud (frecuencia diaria o interdiaria).

Una actividad física moderada, realizada regularmente, beneficia la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. (Haskell, 1984).

Para la OMS la actividad física (AF) es una de las prácticas de mayor relación con condiciones de vida saludables, en oposición al sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, que son factores de impacto negativo sobre la salud especialmente de las dolencias crónicas no transmisibles.

La actividad física también es importante desde el punto de vista psicológico. Efectivamente, una actividad física enérgica practicada de manera regular reduce los sentimientos de stress y ansiedad. (Blumenthal y McCubbin, 1987).

La actividad física al ser un comportamiento humano puede ser practicada dentro de la rutina de lo cotidiano y en diversos momentos y lugares del propio desarrollo de la vida, por ejemplo puede ser practicada en el hogar, el trabajo y otros lugares más. Pratt y colaboradores han estudiado los patrones de actividad física y señalaron que su práctica ocurre fundamentalmente en cinco lugares a los que ellos denominaron dominios, es decir espacios donde interactúan los factores determinantes y dan como resultado el comportamiento saludable llamado actividad física. Dichos dominios son:

- ❑ **Transporte:** La persona debe trasladarse desde su hogar a diversos lugares para insertarse socialmente y satisfacer sus necesidades. La existencia de medios de transporte motorizados están disminuyendo cada vez más los niveles de actividad física. Los esfuerzos por el transporte a pie, caminatas, o en vehículos no motorizados son de valor en el sentido de promover AF.
- ❑ **Recreación:** La recreación es una actividad importante para el equilibrio psicológico, emocional y social de las personas. La AF como parte del esparcimiento es la que se practica con más frecuencia en el Perú. La actividad física recreacional incluye la práctica del deporte y los ejercicios al aire libre, en gimnasios, campos deportivos, parques, entre otros.
- ❑ **Doméstico:** La AF en casa o durante las labores domésticas es otro momento importante para realizar ejercicio; por ejemplo, subir y bajar escaleras.
- ❑ **Ocupacional:** Las personas, sobre todo las económicamente activas, pasan gran parte del día en labores relacionadas con el trabajo. Existen ocupaciones que invitan al sedentarismo como el uso prolongado del computador, la mecanización y el acceso a tecnologías. Los prolongados momentos de estar sentado y la no práctica de subir escaleras son patrones negativos cada vez más comunes entre los trabajadores.
- ❑ **Escuela:** La población en edad escolar pasa gran parte de su vida en las escuelas. La educación que se imparte en ellas es fundamental para la adopción de prácticas saludables. Recientes intervenciones en escuelas destinadas a promover AF entre los estudiantes están demostrando resultados positivos.

Por tanto, estos dominios permiten a los gestores y planificadores en salud definir estrategias y acciones para promover la actividad física en la población.



En la ENDES Continua 2004, se señala una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer. Observando una reducción de 44% respecto a la misma tasa obtenida en la ENDES 1986. Sin embargo, el nivel de fecundidad no es uniforme en todo el país, pues presenta marcadas diferencias según el nivel educativo de la mujer, el nivel de urbanización y el departamento de residencia (ENDES CONTINUA, 2004).

Asimismo, se revela que 7 de cada 10 mujeres en unión conyugal (71%) usaban algún método anticonceptivo, que representa un incremento de dos puntos porcentuales al encontrado en la ENDES 2000. Este pequeño incremento correspondió casi en su totalidad a los métodos tradicionales, cuya prevalencia pasó de 18 a 22% entre ambas encuestas; mientras que el uso de métodos modernos se redujo de 50 a 47% entre ambos periodos. (ENDES CONTINUA, 2004).

Por otro lado, el 9% de las mujeres casadas o unidas estarían con necesidad insatisfecha de planificación familiar (10% en el año 2000). Cabe resaltar, que la necesidad insatisfecha es mayor entre las mujeres más jóvenes, 17% de las adolescentes (15 a 19 años), en comparación con apenas el 5% entre las mujeres de 45 a 49 años de edad.

La salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. La salud sexual es la capacidad de disfrutar y expresar nuestra sexualidad y de hacerlo sin riesgos de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho de la mujer y el hombre a obtener información y servicios de planificación familiar de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, entre ellos el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia. Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

La promoción de la salud promoverá el acceso a los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de una información oportuna que facilite la toma de decisiones para una sexualidad y maternidad responsable y voluntaria.

5.3.3.5 Habilidades para la Vida

La promoción de las habilidades para la vida, permiten a las personas adquirir competencias necesarias para enfrentar los grandes retos y construir su proyecto de vida.



En el campo de la promoción, las habilidades para la vida favorecen comportamientos de vida saludables en las diferentes etapas del ser humano.

Según el estudio realizado en escolares de redes de colegios de las regiones de intervención del proyecto AMARES¹⁴ en el año 2003, el 36% de escolares refiere que “nunca se considera una persona valiosa, el 36% que “cuando tiene problemas trata de resolverlos solo”. El 80% presenta niveles entre bajo y mediano de asertividad. (AMARES, 2003).

Otro estudio, realizado por la Oficina de Tutoría y Prevención Integral – OTUPI del Ministerio de Educación, señala que el 31.3% de adolescentes presentan serias deficiencias en todo su repertorio de habilidades sociales. Es decir, 31 escolares adolescentes de cada 100, presentan significativas deficiencias de habilidades sociales. En general, los escolares del país tienen serias deficiencias en habilidades relacionadas con sentimientos, enfrentamiento de la ansiedad y afirmación personal; sin embargo, mientras las mujeres presentan mayores habilidades sociales, especialmente relacionadas con los sentimientos, los varones tienen mayores habilidades sociales relacionadas con la autoafirmación personal. En el estudio se observa que son los alumnos de las regiones de Huancavelica, Ancash, Ayacucho, Pasco y Lima, aquellos con mayores necesidades de entrenamiento en habilidades sociales. (MINEDU, 2003).

Las investigaciones realizadas en la última década han demostrado que los programas educativos basados en el enfoque de “Habilidades para la Vida” son efectivos para promover conductas deseables, tales como la socialización, la mejora de la comunicación, la toma efectiva de decisiones, la solución de conflictos y la prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia.

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Este modelo presenta la hipótesis de que los niños que no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable temprano en la vida; son rechazados por sus pares, y se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.). Uno de los mejores pronosticadores de los delinquentes crónicos y de la violencia en la adolescencia es la conducta antisocial en la niñez (Pepler y Slaby, 1994).

El conocimiento o la información en salud por si misma, no asegura que las personas asuman comportamientos saludables, tampoco las habilidades para la vida aisladas del conocimiento. Es estrictamente necesario que exista en la persona, la disposición para adoptar o cambiar un determinado comportamiento. Por tanto, es la integración de estos tres elementos en el contexto específico de las fuentes disponibles de apoyo social y los factores culturales y ambientales en que vive la persona que resulta en comportamiento competente.

5.3.3.6 Seguridad Vial y Cultura de Tránsito

Las tasas de muerte por accidentes de tránsito persisten como la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados. La mayoría de ellos podría ser evitada pues es ocasionado por la conducta de las personas. La seguridad vial es un desafío multisectorial y de salud pública, refleja los esfuerzos conjuntos de las instituciones de gobierno, instituciones no gubernamentales, académicas, y de la sociedad civil por favorecer comportamientos y entornos favorables para la reducción del impacto negativo de las lesiones por tránsito en la población. Las acciones de seguridad vial se destinan a ofrecer el mismo grado de protección a todos los usuarios de la vía pública.

Para la seguridad vial se requieren, entre otros factores, del desarrollo en la población de una cultura de tránsito es decir la adopción de normas, valores y consideraciones que favorezcan una

¹⁴ Los ámbitos de intervención del Proyecto Amares son: Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas.



actitud positiva hacia el respeto de la legislación vigente para minimizar las lesiones causadas por el tránsito.

En nuestro país existe el desafío de lograr que las personas tengan una educación vial, dentro de los compromisos a asumir como ciudadano respetuoso de los derechos de los demás. La relevancia del entorno radica en que las condiciones de habilitación y señalización de las carreteras están directamente relacionadas con la magnitud del problema, esta acción depende de la inversión de los gobiernos locales; pero para que esto se dé, el gobierno local debe estar conciente de su rol e involucrado con el desarrollo local.

La promoción de la salud, la seguridad vial y cultura de tránsito son temas de trabajo para desarrollar capacidades de convivencia entre individuos, involucramiento de los gobiernos locales e implementación de políticas locales coherentes, concertadas y viables para favorecer comportamientos y entornos seguros de tránsito

La seguridad vial y cultura de tránsito requiere de la participación ciudadana responsable para concientizar y promover comportamientos seguros; requiriendo un esfuerzo coordinado intersectorial y una legislación suficientemente coherente con el propósito de favorecer su cumplimiento en diversos escenarios y condiciones. El sector salud es el llamado a liderar y conducir los esfuerzos desde las instituciones de gobierno para afrontar este desafío y contribuir a una vida saludable en la población

5.3.3.7 Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz

La población infantil está cada vez más expuesta a situaciones de peligro y riesgo psicosocial, tanto fuera como dentro de su propia casa. Al respecto, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM)¹⁵ arroja que el 36.2% de las personas adultas encuestadas maltrata psicológicamente a sus hijos, insultándolos o desvalorizándolos, cuando no obedecen o cuando no hacen las tareas. El 43.2%, alguna vez ha castigado físicamente a sus hijos, aduciendo como razones la desobediencia, las peleas con los hermanos o las bajas notas. (2002).

Según el EEMSM, la depresión es el trastorno emocional que más afecta a la población adolescente. Relacionado con ello, un porcentaje significativo de adolescentes (29.1%) "alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas", mientras que casi un tercio (3.6%) de los adolescentes que intentaron hacerse daño alguna vez, considera aún el intento de suicidio como una posibilidad de solución a sus problemas. Los motivos mencionados son los problemas con los padres, problemas con otros familiares, los estudios y problemas económicos.

El mismo estudio arroja que el 23.5% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de conducta violenta (peleas con empleo de armas, abuso físico a otros, etc.), mientras que el 50% ha sido víctima de algún tipo de abuso en algún momento de su vida; siendo los adolescentes de la zona andina los más vulnerables.

Por lo expuesto en líneas anteriores, la salud mental cobra importancia para las personas y para la sociedad. A nivel individual, la salud mental permite a las personas realizar su potencial intelectual y emocional y desempeñar sus funciones en la vida social, académica y profesional. La salud mental representa para la sociedad un recurso de cohesión social, mejora el bienestar social y económico.

La UNESCO en su Resolución A/RES/52/13, del 15 de enero de 1998, expone que una cultura de paz está basada en los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas y en el respeto de los derechos humanos, la democracia y la tolerancia, la promoción del desarrollo, la educación para la paz, la libre circulación de información y la mayor participación de la mujer como enfoque integral

¹⁵ Realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", Lima, Perú 2002.



para prevenir la violencia y los conflictos, y que se realicen actividades encaminadas a crear condiciones propicias para el establecimiento de la paz y su consolidación.

La Cultura de Paz trata de resolver los problemas a través del diálogo, la conciencia de los otros, mediante el amplio y libre flujo de ideas, la negociación y la mediación, a fin de lograr que la guerra y la violencia sean imposibles.

5.3.4 Enfoques Transversales

Considerando que el fin máximo de la promoción de la salud persigue el desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida, todo el modelo está sustentado en enfoques que fundamentan y orientan su accionar de manera transversal a todo el proceso. Estos enfoques son: Equidad y Derechos en Salud, Equidad de Género e Interculturalidad.

Pasemos a efectuar una breve revisión de los mismos a fin de entender la importancia de los mismos y su aporte en la promoción de la salud.

5.3.4.1 Equidad y Derechos en Salud

El derecho a la salud está reafirmado en tratados internacionales, de los que el Perú es Estado parte. Fue consagrado por primera vez en la Constitución de la OMS, en 1946. Posteriormente, fue reiterada en la Declaración de Alma-Ata (1978) y en la Declaración Mundial de la Salud (1998).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (2000).

Desde una mirada actual de la ética, es necesario tener en cuenta los factores determinantes de la salud y cómo se distribuyen y aplican; ampliando el campo a las necesidades de las poblaciones y a temas como la asignación de los recursos a las poblaciones para garantizar las medidas sanitarias y sociales necesarias.

Para Amartya Sen, la equidad en salud, no puede dejar de ser una característica central de la justicia, de los acuerdos sociales en general. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. (Amartya Sen, 2002).

Para A.O. Alleyne, la formulación más adecuada del derecho a la salud figura en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la 9ª Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en 1948, que, además de reconocer el "derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona", declara: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". (Alleyne, 2002).

La equidad se consigue eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, que restringen las oportunidades de las personas a acceder al derecho de bienestar.

En este contexto, la promoción de la salud busca identificar los factores que favorecen la inequidad, para proponer acciones que alivien sus efectos, a la vez que actúa como agente de cambio para la



inducción de transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y actores claves.

5.3.4.2 Equidad de Género

El género identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y quehacer femenino y masculino dentro de contextos específicos, también vincula a hombres y mujeres dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

Estas construcciones culturales y subjetivas que conforman el género se manifiestan en una valoración desigual, en relaciones de dominio y subordinación, en acceso y control diferencial de los recursos, suponen desventajas en todos los ámbitos para las mujeres (incluida su salud) así como costos en la salud de los hombres.

La construcción social de lo permitido y prohibido para hombres y mujeres, influyen en diferentes tipos de conocimientos, actitudes y comportamientos frente a la protección de la propia salud y la de los demás. De esta manera, las mujeres descuidan su propia salud por velar la salud de sus hijos y los varones difícilmente acuden a buscar ayuda médica o consultan por alguna enfermedad, para ellos esto significaría una muestra de “debilidad” que no es compatible con su condición de ser varón.

Asimismo estas relaciones de dominación y subordinación entre hombres y mujeres pueden permitirnos entender la violencia de género, que implica riesgos para la salud y hasta para la vida de muchas mujeres en nuestro país.

El propósito de generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el sector salud tiene por finalidad lograr una mayor equidad en la atención de salud del hombre y la mujer, modificando los estereotipos de género que afectan la autoestima del hombre y la mujer repercutiendo en su salud integral y su desarrollo humano. Igualmente implica favorecer procesos que brinden iguales oportunidades para decidir sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sus vidas.

Del mismo modo este enfoque, en la esfera social, conlleva a desarrollar intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de hombres y mujeres para decidir sobre su futuro tanto a nivel individual como el de la comunidad donde viven. La participación comprometida de hombres y mujeres en igualdad de oportunidades resulta fundamental para el logro de una cultura de la salud orientada al desarrollo integral sea individual o comunitario. Por lo tanto la equidad de género en salud, se convierte en una apuesta política por el cambio, por la justicia y por alcanzar mejores condiciones de vida para hombres y mujeres en nuestra sociedad.

5.3.4.3 Interculturalidad

Defender la interculturalidad significa inevitablemente defender el derecho de los grupos culturales a ser sujetos activos e iguales. Sin embargo, esta defensa debe estar enmarcada en la universalidad e indivisibilidad de los derechos ciudadanos. La interculturalidad expresa las condiciones de respeto mutuo y de igualdad de circunstancias sociales, alude también al reconocimiento de las diferencias de los grupos humanos.

El Perú es una nación heterogénea, multiétnica y multicultural, por lo tanto, el modelo de promoción de la salud incorpora un enfoque intercultural que reconozca, valore y reivindique las concepciones que tiene la población peruana sobre los procesos de salud y enfermedad.

El enfoque intercultural en promoción de la salud reivindica la necesidad de desarrollar tanto valores de solidaridad y respeto, como competencias y habilidades (en los prestadores de salud) que permitan reconocer en la relación con “el otro”, que son justamente las diferencias culturales, sociales,



económicas y lingüísticas las que componen el complejo telón de fondo sobre el cual se construyen los procesos de salud - enfermedad de la población peruana. Esto permitirá comprender en su real dimensión las variables que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud. Es en el diálogo intercultural que se determinarán condiciones más favorables para desarrollar acciones sobre la base del respeto, la solidaridad y el consenso las que resultarán de mutuo beneficio, no solo entre prestadores de salud y la comunidad sino que contribuirán fundamentalmente a generar condiciones de confianza y respeto mutuo hacia la diversidad étnica y cultural tan propia de nuestro país.

Asimismo debería permitir identificar los aspectos culturales y de estilos de vida individuales y colectivos que contribuyen a que se adopten prácticas de vida saludables en regiones y poblaciones particulares. En ese sentido se requiere incorporar de manera sistemática, estrategias de identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones, de diversa naturaleza, que sean favorables a los estados de salud, calidad de vida y desarrollo humano y comunitario.

5.3.5 Estrategias de Promoción de la Salud

Las estrategias son el conjunto de acciones ordenadas, integrales y sinérgicas, que se convierten en herramientas indispensables para el desarrollo de acciones de promoción de la salud.

Como parte del modelo, se ha considerado como estrategias claves a: 1) Abogacía y generación de políticas públicas saludables; 2) Educación y comunicación para la salud; y 3) Participación comunitaria, empoderamiento social e intersectorialidad.

5.3.5.1 Abogacía y Políticas Públicas

La abogacía consiste en el “conjunto de recursos y habilidades para influir en la opinión pública y movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas” (Wallock).

La abogacía o promoción y defensa pública, es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones para apoyar una causa política específica. Está siempre dirigido a influir en políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado. (MINSA, 2005).

La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y, por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

La abogacía es hacer pública una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia, para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones.

Para la OMS la política pública que favorece la salud es una de las estrategias centrales de la promoción de la salud. Milió considera que la política pública es la más poderosa herramienta para moldear la forma de vida y que afecta los muchos contextos en los cuales la gente vive. (Gómez Zamudio, 1998).

En el marco de la promoción de la salud interesa el desarrollo de políticas públicas saludables. La OMS (2002) define a la política pública saludable como “aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”.

Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores que influyen en los factores determinantes de la salud constituyen importantes vehículos para reducir las inequidades sociales y económicas como



por ejemplo, el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud y las condiciones de vida saludable.

5.3.5.2 Comunicación y Educación para la Salud

La educación para la salud es una práctica social concreta, que se establece entre determinados sujetos - profesionales y usuarios - que actúan en el interior de las instituciones, en busca de autonomía, capaces de escoger y tomar decisiones, considerando valores éticos de justicia, solidaridad, productividad y equidad, actuando como educadores en su relación con el otro (individuo, grupo, comunidad). Como consecuencia, la relación entre el sujeto educador y el sujeto educando debe estar marcada por una posición ética, que articule libertad y responsabilidad, llevando a la realización de un compromiso.

En toda sociedad, los procesos de cambio de carácter más amplio (nivel macro) están permanentemente relacionados con procesos que involucran los individuos en su práctica cotidiana (nivel micro).

La educación para la salud debe estar involucrada en el cotidiano de las personas, considerando una multiplicidad de aspectos desde aquellos relacionados a los cuidados con el cuerpo y la mente hasta la percepción de los bienes colectivos producidos por la sociedad, y la lucha para que los derechos ciudadanos sean efectivos.

Los procesos educativos deben llegar, en la medida de lo posible, a toda la sociedad. Solo así, podrá facilitar la promoción de la salud, o sea aquella que *“tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social”* (Cerqueira, 1997).

La comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por tanto, hay que conceptualizar a la comunicación como un proceso social, de interacción y difusión, y un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Para construir procesos eficaces para el desarrollo de comportamientos saludables, es necesario aplicar metodologías de educación y comunicación para la salud en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Esto resulta clave para asegurar que los grupos objetivo de las intervenciones educativo comunicacionales adopten nuevos comportamientos saludables y que estos sean incorporados en sus prácticas cotidianas. Asimismo, resulta importante desarrollar procesos de formación y de desarrollo de competencias en el personal de salud, tales como metodología de planeamiento estratégico de comunicación educativa y mercadeo social.

5.3.5.3 Participación Comunitaria y Empoderamiento Social

En promoción de la salud, la participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte.

Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global. En efecto, ha sido demostrado en todo el mundo que el enfoque médico solo no puede ser suficiente para mejorar las situaciones sanitarias complejas en el seno de las colectividades vulnerables o debilitadas por condiciones de vida difíciles.

La participación comunitaria está estrechamente ligado al empoderamiento ciudadano¹⁶, que es el proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas

¹⁶ WHO. Health promotion glossary, 1998.



con el bienestar personal y social; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad. Se refiere al proceso de autodeterminación por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso de concientización (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y liberación (ganar poder de decisión sobre su propio destino).

5.3.5.4 Intersectorialidad

La intersectorialidad es la integración de distintos ámbitos y de los distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social. La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y, puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación. (Alessandro, 2002).

La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud de la población.

5.4 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

A fin de operativizar la intervención en promoción de la salud en el país se han delimitado Programas de intervención que constituyen el conjunto de acciones integrales y sostenibles a nivel de los distintos escenarios, considerando además a la población sujeto para alcanzar resultados que favorezcan condiciones de vida saludables en la población y su entorno.

Cabe señalar que el rol clave que le compete asumir a los operadores del nivel central, regional y local consiste en ser el impulsor y facilitador de los procesos de promoción de la salud en sus diferentes ámbitos de acción, a partir de la implementación de los programas definidos por la Dirección General de Promoción de la Salud que se detallan a continuación.

5.4.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

Tiene por finalidad contribuir a que las familias peruanas se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, la escuela y el centro laboral.

Mediante acciones integradas, busca incentivar comportamientos y hábitos que generen comportamientos de vida saludables entre los miembros de una familia, así como mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales compatibles con salud.

El programa fomenta la construcción de una cultura de vida y salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios. La implementación del mismo se hará a través de dos líneas de acción básicas: a) Comportamientos saludables en la familia, y b) Entornos saludables para la familia.

El programa promoverá la constitución de **familias saludables**. Una “familia saludable” es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expecta-



tivas y sus necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo además responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores y actitudes positivas para la vida.

En el interior de las familias saludables se desarrollan las bases para la adopción entre sus miembros de normas, valores, conocimientos, percepciones, y conductas relacionadas con la salud y el bienestar individual y colectivo; la familia es la unidad de intervención de mayor eficacia potencial en lo referente a promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El programa promoverá acciones concertadas con otros sectores, para la mejora de la infraestructura de las viviendas, del saneamiento básico, de la higiene, del fomento de cocinas mejoradas, del fomento de pequeñas actividades productivas, etc. promoviendo **viviendas saludables**. Entendiendo por “vivienda saludable” como aquel espacio físico de residencia que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico. Según las normas de la OMS cada miembro de la familia en la vivienda debe disponer de 10m², tener suficiente ventilación, disponer de agua segura y saneamiento básico, estar ordenada y limpia, tener una mínima contaminación por el humo, no tener animales domésticos en el interior, etc. En conclusión, debe ser un ambiente físico que por sus condiciones satisfactorias, propicie una mejor salud para la persona y la familia.

5.4.2 Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas

Tiene por objetivo contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas.

El escenario de intervención es la escuela pública y privada y la implementación del mismo se hará a través de cuatro líneas de acción básicas: a) Promoción de comportamientos saludables, b) Desarrollo de entorno saludable, c) Trabajo intersectorial, y d) Implementación de políticas que promuevan la salud.

El programa promoverá **escuelas saludables**. Una “escuela saludable” es una institución educativa que fomenta el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa; propicia valores y actitudes favorables hacia la salud integral en un ambiente psicológico y social solidario, de relaciones humanas constructivas, armoniosas y de respeto a la cultura local; busca contar con un ambiente físico seguro y con servicios e instalaciones adecuadas.

Por tanto, es necesario incorporar el enfoque de promoción de la salud en el Proyecto Educativo Institucional, esto es, en el currículo educativo y trabajar con públicos específicos como son los docentes, los propios niños o adolescentes y los padres de familia.

5.4.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables

Tiene por objetivo contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización.

Los escenarios básicos de intervención son el municipio y la comunidad, y las líneas de acción son: a) Fortalecimiento de competencias, b) Vigilancia ciudadana, y c) Fomento de proyectos/programas vinculados a la promoción de la salud.

Mediante estrategias de abogacía, el programa fomentará espacios de concertación interinstitucionales para la mejora del entorno y el medio ambiente, promoviendo **municipios saludables**.

Un municipio empieza a ser saludable cuando sus instituciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos



sus habitantes. Un “municipio saludable” es un espacio territorial en el cual las políticas públicas han desarrollado y consolidado entornos y estilos de vida saludables en las personas, familias y comunidades. Para ello se requiere involucrar a las autoridades locales o regionales, a los líderes sociales y políticos, a las organizaciones locales y a los ciudadanos en general en torno a la idea de mejorar las condiciones de salud y bienestar de sus habitantes. Es necesario promover, desde el sector, la participación social tanto en la planificación local como en la implementación, evaluación y toma de decisiones.

El programa también promoverá **Comunidades Saludables**, calificándola como aquella comunidad que habiéndose comprometido y decidido ingresar al programa de municipios y comunidades saludables se organiza, planifica, y ejecuta acciones de promoción de la salud orientadas al desarrollo de la comunidad; con autoridades, líderes comunales y otras organizaciones sociales de base en estrecha coordinación con el gobierno local.

5.4.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

El Programa tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con las familias, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas.

Los escenarios básicos de intervención serán los centros laborales públicos y privados y las líneas de acción principales son: a) Comportamientos saludables en los centros laborales, y b) Entornos saludables en los centros laborales.

El programa buscará promover la seguridad laboral, fomentando un *ambiente de trabajo saludable*, que es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida.

El Modelo de Abordaje, desarrollado en el presente documento, requiere para su implementación de acciones orientadas a la generación comportamientos y entornos saludables. Es por ello que se presenta en la segunda parte de este documento los Ejes Temáticos priorizados como Promoción de Alimentación y Nutrición Saludable, Higiene y Ambiente, Actividad Física, Salud Sexual y Reproductiva, Habilidades para la Vida, Seguridad Vial y Cultura de Tránsito, y Promoción de la Salud Mental, Buen trato y Cultura de Paz; que contienen las orientaciones para el desarrollo de las acciones, por etapas de vida y por programas de promoción de la salud.



1. Alessandro, Laura, 2002. Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina. Organización Panamericana de la Salud-Argentina.
2. Aliaga Huidobro, Elizabeth, 2003. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Editado por ForoSalud y el Observatorio del Derecho a la Salud-CIES. Lima, Perú.
3. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
4. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos, 2003. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Lima, Perú.
5. Cerqueira, María Teresa, 1997. "Promoción de la salud y educación para la salud", en Arroyo, H., Cerqueira M.T., 1997. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. San Juan de Puerto Rico.
6. Cortez, Rafael. 2002. La epidemia silenciosa: la obesidad y el sobrepeso en el Perú, en Economía y Salud.
7. DEVIDA, 2003. Informe Ejecutivo-Encuesta Nacional de prevención y consumo de drogas 2002. Lima, Perú.
8. ENNSA, 1986. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Lima, Perú.
9. Etxeberria, Xavier, 2002. Derechos culturales e interculturalidad. Lima, Perú.
10. Evans, R., Barer M. & Marmor T., 1996. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Los determinantes de la salud de las poblaciones. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.
11. Fleury, Sonia, 2002, "El desafío de Gestión de las redes de políticas", Revista Instituciones y Desarrollo Diciembre. Disponible en www.ebape.fgv.br
12. Gómez Zamudio, Mauricio, 1998. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.
13. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", 2002. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM) Lima, Perú.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1993. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1992. Lima, Perú.



15. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1997. Práctica deportiva en los hogares urbanos. Lima, Perú.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1997. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1996. Lima, Perú.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000. Lima, Perú.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2005. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004. Lima, Perú.
19. Jacoby E. Viejos problemas y nuevas epidemias: el reto de la transición de salud en el Perú. En: Cortez R, ed. 2002. Salud, equidad y pobreza en el Perú: teorías y nuevas evidencias. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
20. Kliksberg, Bernardo, 2002. Hacia una economía con rostro humano, Fondo de Cultura Económica.
21. Lee, C. y Rocabado, F, 2005. Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17. Lima, Perú.
22. Lenz R. y Alvarado B., 2005. "Políticas Pro pobre en el sector público de salud del Perú", en Banco Mundial, 2005. Un nuevo contrato social para el Perú ¿Cómo lograr un país más saludable y solidario?, Lima-Perú.
23. Milio, Nancy, 1999. "Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: una antología", Washington, DC, EUA.
24. Ministerio de Educación. Oficina de Tutoría y Prevención Integral, 2003. Situación de las Habilidades Sociales en Escolares del Perú. Informe General, Lima, Perú.
25. Ministerio de Salud de Perú, 2002. Modelo de Atención Integral en Salud. Lima Perú.
26. Ministerio de Salud de Perú, 2004. Lineamientos de Políticas de Salud de los Adolescentes, DGSP.
27. Ministerio de Salud de Perú, 2005. Manual de Advocacy o abogacía en promoción de la salud. Lima, Perú.
28. Ministerio de Salud de Perú y Organización Panamericana de la Salud. Perfil de las Mujeres y los Hombres en el Perú, 2005.
29. Ministerio de Salud, 2005. Plan de Transferencia Sectorial 2006 - 2010.
30. Naciones Unidas -Consejo Económico y Social, 2000. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. Ginebra.



31. Organización Mundial de la Salud, 1999. Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Ginebra.
32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1992. Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud. Washington, D.C.
33. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1994. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Quito, Ecuador.
34. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1999. Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
35. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2000. Relatoría Taller Estrategia de Promoción de la Salud de los Trabajadores en América Latina y El Caribe. San José, Costa Rica.
36. Organización Panamericana de la Salud, 2000. Encuesta multicéntrica en siete ciudades de América Latina sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Washington, D.C.
37. Organización Panamericana de la Salud, 2000. La salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. Washington, D.C.
38. Organización Panamericana de la Salud, 2003. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C.
39. PNUD, 2001. Informe de Desarrollo Humano.
40. PRISMA, 2002. Pobreza y Desnutrición infantil.
41. Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una región de Perú. AMARES, 2003. Estudio Diagnostico Basal sobre Habilidades para la Vida en escolares de 3 redes de colegios estatales en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica.
42. Restrepo, Helena, 2001. "Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud"; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional LTDA.
43. Rootman, Irving edited, 2001. Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, N° 92.
44. Terris Milton, 1999. "Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: una antología". Washington, DC, EUA.





**Modelo de Abordaje
de promoción de la salud en el Perú,
acciones a desarrollar en el eje temático de**

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

Elaborado por: María Elena Flores Ramírez

Consultor: Wilfredo Gutiérrez Peñafiel

Revisión: Nancy Fuk Reynoso

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN | 55 |
| CAPÍTULO I | 56 |
| 1.1. SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL PERÚ | 56 |
| 1.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE (PANS) | 57 |
| CAPÍTULO II | 59 |
| 2.1. ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE | 59 |
| 2.2. DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE | 60 |
| CAPÍTULO III | 65 |
| 3.1. ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE | 65 |
| 3.2. ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA | 65 |
| 3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años) | 65 |
| 3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años) | 65 |
| 3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años) | 65 |
| 3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años) | 67 |
| 3.3. ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | 71 |
| 3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 71 |
| 3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | 72 |
| 3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 75 |
| 3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales | 77 |
| ANEXOS | 79 |
| ANEXO 01: INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE | 79 |
| ANEXO 02: MITOS Y CREENCIAS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN | 81 |
| BIBLIOGRAFÍA | 83 |



El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país, proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales, siendo el primer Lineamiento de Política Sectorial 2002 - 2012, la **Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad**.

En este sentido, el MINSA define a la *Promoción de la Salud*, como el proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos, tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar y hacer frente a su entorno.

La Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA, ha desarrollado el Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud, el que considera enfoques y estrategias dirigido a la población sujeto de intervención, con la finalidad de lograr entornos saludables y desarrollar comportamientos saludables. Este modelo plantea abordar a la población en los diferentes escenarios como es la vivienda, la institución educativa, los municipios, los centros laborales y la comunidad en general. Las acciones a implementar en estos escenarios son abordados a través de ejes temáticos, priorizados: alimentación y nutrición, higiene y ambiente, salud sexual y reproductiva, actividad física, habilidades para la vida, salud mental buen trato y cultura de paz, seguridad vial y cultura de tránsito.

En este contexto se presenta el documento técnico **acciones a desarrollar para la promoción de la alimentación y nutrición saludable**, que comprende la situación alimentaria y nutricional del país, el marco teórico referencial, y las acciones a desarrollar según etapas de vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor. Asimismo contempla el desarrollo de acciones en los Programas de Promoción de la Salud: Programa de Familias y Viviendas Saludables, Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, Programa de Municipios y Comunidades Saludables y Programa de Centro Laboral Saludable.

El documento está dirigido al personal de salud con el fin de facilitar la implementación de acciones para la promoción de alimentación y nutrición saludable, así como a toda persona involucrada en el quehacer de promoción de la alimentación y nutrición saludable.



1.1 SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL PERÚ

La desnutrición crónica es uno de los problemas nutricionales endémicos de nuestro país, las encuestas nacionales, revelan una tendencia histórica que se mantiene en el tiempo en niños menores de 5 años. En el año 1984 la tasa de desnutrición crónica fue de 37.8 %¹, manteniéndose casi igual hasta el año 1992 con un 36.5%², cifra que disminuyó hasta llegar a un 25.8% en el año 1996³; sin embargo esta tasa se mantuvo hasta el año 2000 con un 25.4%⁴. Asimismo los datos del MONIN-CENAN⁵ en el año 2002 reporta un 25.6%, en el año 2003 un 27.0% y en el año 2004 un 26.7% de prevalencia de desnutrición crónica en el país.

La desnutrición en la niñez, aún en sus formas moderadas, puede incrementar la probabilidad de morir por un número variado de enfermedades y puede estar asociada con cerca de la mitad de toda la mortalidad infantil. Igualmente, se tienen evidencias suficientes de que la desnutrición fetal y en las etapas tempranas de la vida del niño, conlleva a daños permanentes en el crecimiento del cerebro, que son irreversibles aún después de una realimentación prolongada. Las consecuencias de desnutrición temprana en los niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Las mujeres con baja talla a causa de la malnutrición, muy probablemente darán a luz niños pequeños, perpetuando de esta manera la malnutrición y enfermedad a lo largo de varias generaciones.

En cuanto a la obesidad que es el exceso de grasa o tejido adiposo corporal, manifestada por exceso de peso, y que se genera cuando el ingreso energético es superior al gasto energético, se asocia con diversas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, afecciones de la vesícula biliar, entre otras. Es una condición compleja, con dimensiones psicológicas y sociales y que afecta a las personas de todas las edades, de todos los niveles socioeconómicos y de países desarrollados y en vías de desarrollo.

En nuestro país, si bien es cierto que la desnutrición y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes y lactantes, sigue siendo un problema importante de salud pública, sobre todo en las zonas rurales; también es cierto que en las grandes ciudades vivimos una suerte de transición epidemiológica nutricional donde se estima que alrededor del 13% de la población adulta femenina tiene obesidad y alrededor de un 34% de mujeres en edad fértil están con sobrepeso (ENDES 2000).

En relación a la situación alimentaria, desde el componente de la disponibilidad de alimentos de la seguridad Alimentaria, el Perú tiene en la actualidad sólo 7.6 miles de millones de hectáreas (ha) (6% de la superficie total) con capacidad para cultivos agrícolas, 17.9 miles de millones de ha (14%) corresponde a tierras con aptitud para pastos y 48.7 miles de millones ha son tierras con aptitud forestal⁶. El arroz con cáscara, la papa y el maíz amarillo duro fueron los productos con mayor superficie sembrada en promedio entre 2001 y 2005. En los últimos dos años el índice del valor bruto de la producción agropecuaria no ha presentado grandes cambios, llegando a 3.08% en el periodo marzo 2004/2005⁷. Las tierras para cultivo agrícola las poseen agricultores que manejan una economía de parceleros en la cual el 85% de ellos tienen

¹ ENNSA, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 1982.

² ENDES, Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 1992.

³ ENDES, 1996.

⁴ ENDES, 2000.

⁵ Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

⁶ INIA, 2002

⁷ INE, Abril 2005. Informe Técnico: Índice de Precios al Consumidor a Nivel Nacional.



parcelas con menos de 10 hectáreas (33%). El nivel tecnológico de los agricultores y la inversión en la agricultura son muy bajos. Existen 5.7 millones de predios rurales de los cuales solamente un tercio (1.9 millones) figuran inscritos en los registros públicos⁸.

El 53% de las unidades agropecuarias⁹ que cuentan con terrenos de cultivo en uso destinan su producción para el autoconsumo y sólo el 14.7% para la venta en el mercado¹⁰. El mercado agropecuario tiene una estructura caracterizada por abundancia de intermediarios en el proceso de distribución hasta la llegada del producto al consumidor final, existe una deficiente infraestructura de mercados, los productores tienen desventajas en información respecto a los intermediarios, lo cual implica asimetrías en el momento de la negociación de sus productos. Se estima que entre el 15 al 30% de Valor Bruto de la Producción se pierde debido a las mermas producidas por un deficiente manipuleo, almacenamiento y transporte de las cosechas. Muchas de las áreas de producción agropecuaria del país en especial de la Sierra y Selva, enfrentan problemas de aislamiento geográfico y lejanía a los centros de demanda y distribución de alimentos. En el año 2004 el 70.5% de los caminos a nivel vecinal estuvo constituido por trochas y sólo el 2.1% se encontró asfaltado¹¹.

La importación de alimentos y bebidas en el mes de marzo del año 2005 ha disminuido en 24.2% en relación al mes de marzo del 2004 y su exportación ha aumentado en 17.9%¹². En el periodo 1999-2002 la tendencia del suministro de calorías ha aumentado hasta llegar a 2571 Kcal total/persona/día en el año 2002 a nivel nacional. Comparativamente, la oferta de proteínas ha aumentado en un 25% desde el año 1999, mientras que el aumento de la oferta de grasas no ha sido tan elevado (5%).

Las prácticas inadecuadas en la alimentación son determinadas por barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad la gente puede elegir venderlos en lugar de consumirlos y, a menudo, no los da a los niños o niñas más pequeños(as). En la Costa, predomina el consumo de cereales (la mayor parte es importado) como el arroz y productos derivados del trigo como son los fideos y el pan. En la Sierra predomina el consumo de tubérculos y maíz, mientras que en la Selva predomina el consumo también de arroz y menestras¹³.

1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE (PANS)

La seguridad alimentaria definida como “el acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso¹⁴, también es reconocida como un **derecho humano** en diferentes instrumentos jurídicos internacionales y en especial en el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1966), del cual nuestro país es también signatario y por lo tanto tiene una relación vinculante para velar por su respeto, protección y cumplimiento. “El acceso a una comida variada y saludable es un derecho fundamental” (OMS: Conferencia anual de Nutrición de 1992). “El suministro de alimentos seguros y nutritivos es un prerrequisito para la protección y promoción de la salud” (FAO: Cumbre de Alimentación Mundial 1996). “Reconocimiento del derecho de todos a la Alimentación en el marco de la perspectiva de los derechos básicos sociales, económicos y culturales, que obliga a diseñar e implementar sistemas, mecanismos, acciones que aseguren el acceso a esos derechos, cerrando las brechas existentes, para lograr el desarrollo del capital huma-

⁸ Ministerio de Agricultura. (MINAG). Accesado mayo 2005. Disponible en <http://www.minag.gob.pe/agrícola.shtml>

⁹ Unidad agropecuaria: todo terreno o conjunto de terrenos utilizados total o parcialmente para la producción agropecuaria, conducido como una unidad técnica y económica, por un productor agropecuario, sin considerar el tamaño, régimen de tenencia ni condición jurídica (OIA).

¹⁰ INE. III Censo Nacional Agropecuario 1994. Oficina de Información Agraria. Ministerio de Agricultura.

¹¹ Ministerio de Transporte, Comunicaciones, Vivienda y Construcción. Accesado junio 2005. Disponible <http://www.mtc.gob.pe>

¹² Fuente: INEI-ENAO, IV trimestre, años 1997 -2002.

¹³ ENCA, Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos 2003.

¹⁴ FAO



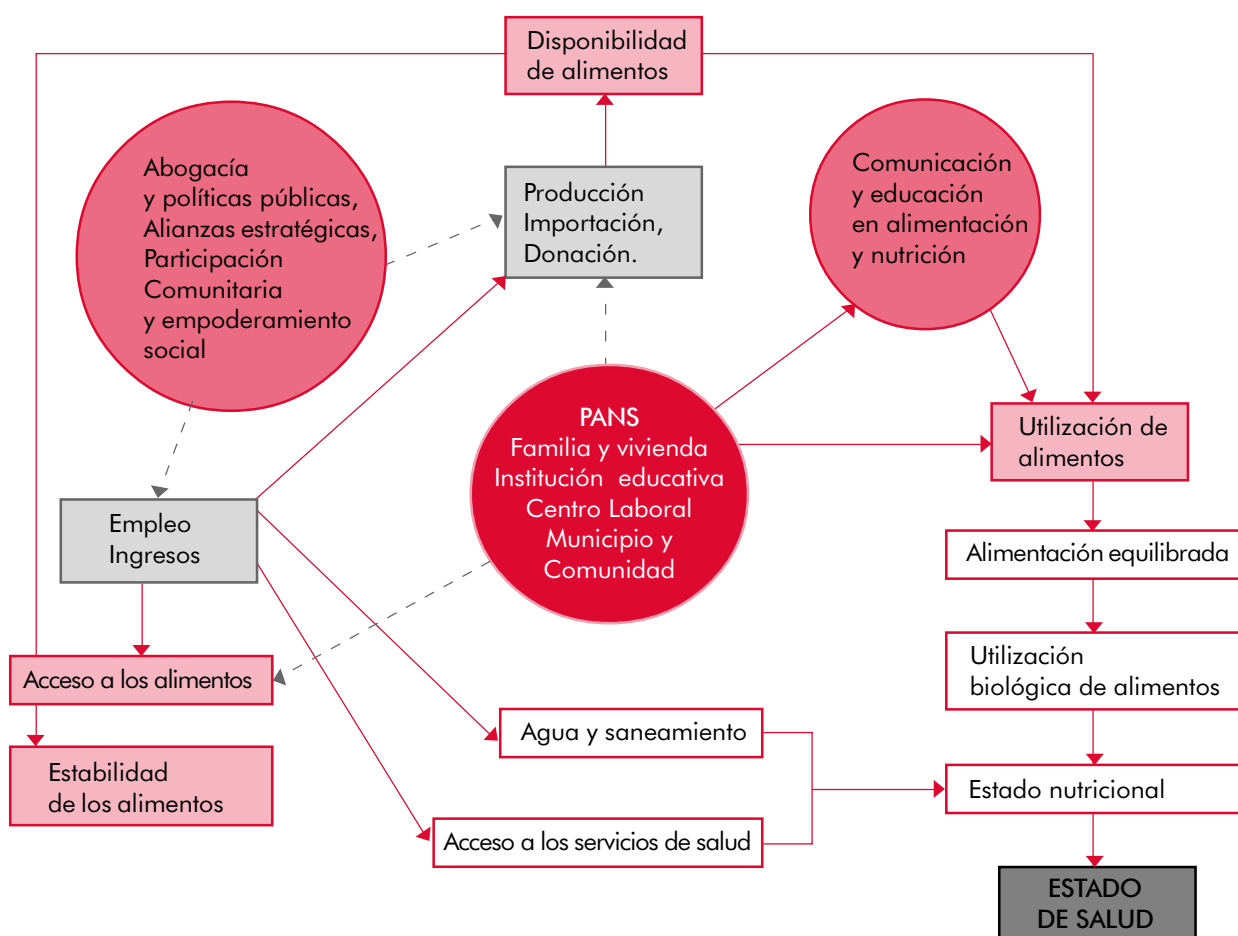
no y social” (Perú: Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015; D.S. N° 066-2004-PCM). La *Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable*, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la *seguridad alimentaria*, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos, a través de estrategias de abogacía y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud, como se muestra en el diagrama N° 1.

Es decir que *la promoción de la alimentación y nutrición saludable* pretende actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.

Una alimentación es saludable, si incluye diariamente una dieta equilibrada, con alimentos variados, de acuerdo a la edad, sexo, estado fisiológico y actividad que realizan las personas, se prepara siguiendo las normas básicas de higiene, su sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable, disfrutando con la familia o los amigos.

Diagrama N° 1

Modelo para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable (PANS)



2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

Para implementar las acciones en alimentación y nutrición saludable será imprescindible considerar los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, que tienen como reto: romper paradigmas vigentes, generar mecanismos de coordinación intersectorial, fortalecer la ciudadanía, contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana. La Promoción de la Salud apuesta a largo plazo por la construcción de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludable y al logro de una población empoderada capaz de influenciar positivamente sobre los determinantes de la salud.

Esta visión de la salud requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad.

Entre las acciones generales a desarrollar para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable, en el marco de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y el Modelo de Abordaje tenemos:

- Promover alimentación y nutrición saludable, como una responsabilidad social compartida entre el sector salud, y otros sectores, incluido el sub sector privado.
- Incorporar la alimentación y nutrición saludable en la agenda pública nacional, regional y local.
- Fortalecer los espacios de concertación y articulación en el marco de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable.
- Establecer relaciones con las instituciones formadoras de recursos humanos para que en el currículo educativo se incorpore la alimentación y nutrición saludable con el enfoque de la Promoción de la Salud.
- Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente en el proceso de la cadena alimentaria.
- Reconocer y revalorar el rol del agente comunitario como actor clave para la promoción de la alimentación y nutrición saludable.
- Incorporar el tema de promoción de la alimentación y nutrición saludable en la agenda de las redes sociales y grupos organizados existentes a nivel local y regional.
- Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales para la promoción de la alimentación y nutrición saludable.
- Promover la alimentación y nutrición saludable como un derecho para la salud de la persona, familia y comunidad.
- Potenciar y fortalecer los gobiernos locales como instancia responsable de generar políticas públicas locales y regionales que favorezcan la alimentación y nutrición saludable.
- Desarrollar competencias en el personal de salud de los servicios, para que brinde atención en alimentación y nutrición saludable con enfoque de Promoción de la Salud intra y extramural.
- Contribuir a asegurar el ejercicio del derecho a la alimentación y nutrición en todas las etapas de vida del ser humano, en los servicios de salud.
- Fortalecer las relaciones entre los servicios de salud y todos los actores sociales a través del desarrollo de acciones a favor de la alimentación y nutrición saludable.
- Desarrollar estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de reasignar recursos y presupuestos participativos a favor de la alimentación y nutrición saludable.



2.2 DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCION DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

Para desarrollar las acciones de alimentación y nutrición saludable, es necesario considerar algunas **definiciones**, como:

Actividad física y alimentación: La actividad física es todo movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud se llama “ejercicio”. El ejercicio y una alimentación saludable son necesarios para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo. Otras ventajas del ejercicio aunado a una alimentación equilibrada son:

- Disminuye la grasa corporal y aumenta el tamaño de los músculos.
- Contribuye a aumentar el colesterol de alta densidad o “bueno” (HDL) y disminuye el colesterol de baja densidad o “malo” (LDL).
- Mejora la flexibilidad de los músculos y el movimiento de las articulaciones.
- Reduce la presión arterial y estimula la producción de insulina en algunos pacientes diabéticos.
- Disminuye el estrés, aumenta la autoestima y proporciona bienestar físico y mental.

La alimentación de un deportista debe ser variada y equilibrada acompañada de una adecuada hidratación. La base de la alimentación debe ser de hidratos de carbono que deben proporcionar el 55% calorías, seguida de las grasas que deben aportar el 30% de calorías y las proteínas que deben aportar el 15% de calorías. Es importante beber agua cuando se tenga sed antes, durante y después de un ejercicio o deporte. En principio, si no es una actividad física prolongada (más de 4 horas), no es imprescindible que el agua contenga potasio y sodio, pues el cuerpo almacena suficientes reservas de estos electrolitos.

Alimento: Es toda sustancia o producto que en su estado natural o elaborado presenta características que lo hacen apto y agradable al consumo humano a fin de satisfacer las necesidades calórico proteico para crecer, desarrollar y vivir. Los alimentos aportan energía y nutrientes que el organismo humano necesita para realizar sus diferentes funciones y mantener su salud.

Alimentación: Consiste en la ingesta de una serie de sustancias que tomamos del mundo exterior y que forman de nuestra dieta. La alimentación es un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida. La alimentación puede no ser la adecuada y está influenciada por diversos factores como los medios de comunicación.

Alimentación complementaria: Proceso de introducción de alimentos adicionales lácteos y no lácteos diferentes a la leche materna que se inicia a los seis (6) meses de edad¹⁵.

Alimentación equilibrada: Es aquella que contiene los grupos de alimentos, en la cantidad, variedad y combinación adecuadas, teniendo en cuenta la edad de la persona, el sexo, el estado fisiológico y la actividad que realiza.

Alimentación saludable: Referida a la alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades. Los nutrientes esenciales son: Proteínas, Carbohidratos, Lípidos, Vitaminas, Minerales; también se considera al agua. La alimentación saludable previene de enfermedades como la desnutrición, la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la anemia, la osteoporosis y algunos tipos de cáncer.

¹⁵ Reglamento de Alimentación Infantil, D.S. N° 009-2006-SA.



Cocinas mejoradas: Las cocinas mejoradas, son módulos¹⁶, que permiten cocinar los alimentos concentrando el calor de las ollas, optimizando la transferencia del calor y permitiendo a la vez una combustión mucho más eficiente. En nuestro territorio cocinar con leña es una de las formas más difundidas de preparar los alimentos especialmente en zonas rurales, lo cual se mantiene por la tradición y la condición económica de los pobladores. Es una práctica, que afecta la ecología y que difícilmente podrá ser erradicada, pero si reducida a un mínimo, con el empleo de las llamadas «cocinas mejoradas».

Desnutrición: Es una enfermedad producida por un consumo insuficiente de nutrientes. Las personas desnutridas tienen un bajo peso corporal y en los niños se produce un retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor. La desnutrición produce una disminución de la capacidad para defenderse de las enfermedades infecciosas y aumenta el riesgo de muerte. En los escolares se traduce además en una disminución del rendimiento escolar y en los adultos falta de energía para trabajar y realizar las actividades diarias. Entre las principales causas de la desnutrición tenemos:

- Una ingestión insuficiente de calorías y proteínas, por desconocimiento de una correcta alimentación y nutrición o por carencias económicas para adquirir los alimentos.
- Diarreas y otras infecciones que producen pérdidas de los nutrientes aportados por los alimentos.
- Enfermedades que dificultan la absorción normal de nutrientes.

Asimismo hay factores que aumentan el riesgo de la desnutrición como:

- Prácticas de higiene inadecuadas durante la manipulación, conservación y almacenamiento de los alimentos
- Prácticas de higiene personal inadecuadas.
- La falta de agua potable, alcantarillados y la inadecuada eliminación de basuras.

Energía: Es la combustión que se produce al interior del organismo al quemar los nutrientes para desarrollar las funciones vitales como mantener la temperatura corporal, la actividad metabólica, la actividad física, el crecimiento y la síntesis en las células de los tejidos. La unidad de expresión son las calorías o kilocalorías (Kal). La cantidad de energía que necesita una persona depende de su edad, sexo, estado fisiológico y actividad física que realiza.

Grupos de alimentos: Los alimentos se han agrupado en base a sus características similares, al contenido nutricional y formas de preparación. Consideramos 6 grupos de alimentos:

- ❑ **Cereales, tubérculos y menestras**, este grupo se caracteriza por proveer *energía*, mayormente procedente de almidones y contienen otros nutrientes en pequeñas cantidades. Entre los alimentos pertenecientes a este grupo tenemos: **Cereales**: arroz, trigo, maíz, avena, quinua, quíwicha, cañihua. **Tubérculos y raíces**: papa, camote, yuca, pituca, arracacha, maca, mashua, etc. **Menestras**: lentejas, arvejas secas, garbanzos, frijoles, pallares, tarwi. También se considera en este grupo a sus derivados como: harinas, fideos, pan, alimento deshidratado (chuño, papa seca) y productos regionales como el pan de árbol. El plátano verde consumido sancochado o frito también es considerado en este grupo por contener mayormente carbohidratos.
- ❑ **Verduras**, son fuentes principalmente de vitaminas y minerales. En este grupo se considera a las diferentes partes comestibles de las plantas, así tenemos a los **Tallos** como apio, espárrago y poro. Entre las **hojas** a la espinaca, acelga, col, lechuga, entre otras hojas comestibles. **Flores** como la coliflor, brócoli. **Frutos** como zapallo, tomate, calabaza, berenjena, pepino, palta, arvejas y habas frescas. **Hierbas** como el huacatay, culantro, hierba buena, paico, perejil, etc. Asimismo se considera verduras a algunos **tubérculos y raíces** como el olluco, oca, zanahoria, nabo, rabanitos.

¹⁶ Vivienda saludable: Principios de la Red Vas sobre vivienda saludable. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsasv/e/experien/eventos/peru/peruinfor.pdf>. El fundamento de estos dispositivos es el de concentrar el calor en los recipientes de cocido (Ollas), optimizando la transferencia de calor y permitiendo a la vez una combustión mucho mas eficiente, que por el método tradicional. Fecha de visita. Octubre 2004.



- ❑ **Frutas**, proporcionan vitaminas, carbohidratos y fibra. Son alimentos muy aceptables por su sabor dulce y agradable. En el Perú existe una variedad de frutas, así tenemos la naranja, mandarina, lima, camu camu, fresas, manzana, mango, melón, mamey, aguaje, níspero, maracuyá, papaya, tumbo serrano, plátano, manzana, piña, chirimoya, tuna, melón, sandía, yacón, durazno, ciruela, guinda, capulí, pasas, higos, etc.
- ❑ **Lácteos**, estos alimentos son excelentes fuentes de proteínas y minerales como el calcio que sirven para formar tejidos y fortalecer huesos y dientes. En este grupo se ha considerado a la leche en sus diferentes presentaciones: fresca, evaporada, en polvo y sus derivados como queso, yogur.
- ❑ **Carnes**, nos proveen de proteínas y en caso de las carnes rojas también proporcionan minerales como el hierro. Se le denomina carne a los músculos y vísceras de los animales, utilizados en la alimentación, entre estos tenemos: res, cordero, cerdo, alpaca, llama, pato, pollo, codorniz, pavo, cuy, conejo, sajino, pescado, mariscos. Entre las vísceras tenemos, hígado, riñón, mondongo, corazón, bofe, molleja, lengua, sesos, testículos, etc. También se considera en este grupo a la sangre de los animales de crianza para consumo humano, hormigas y animales de consumo regional. Asimismo los huevos de aves gallina, pato, paloma, codorniz, ganso, pavo, avestruz, tortuga.
- ❑ **Aceites y azúcares**, están integrados por alimentos que son principalmente fuente de energía como: aceite, manteca, mantequilla, crema de leche, semillas oleaginosas (maní, pecanas, nueces, castañas, avellanas, almendras, etc.) azúcar blanca, rubia, miel, chancaca.

Higiene, manipulación y conservación de los alimentos: Todas las personas que preparan alimentos, deben ser conscientes de que una intoxicación alimentaria, causada por una falla en la cadena de manipulación de dichos productos, puede tener efectos muy graves sobre la salud, llegando incluso a causar la muerte en determinados casos. Los contaminantes pueden ser: físicos (tierra, pelos, papel, heces, etc.), químicos (pesticidas, algunos aditivos alimentarios, productos de limpieza y desinfección, tóxicos naturales de algunos alimentos, etc.) y biológicos (virus, bacterias, parásitos, hongos e insectos). Por lo cual es importante tomar medidas adecuadas en cada uno de los eslabones de la cadena alimentaria donde podrían contaminarse los alimentos:

- **En la selección y compra**, tener en cuenta el estado de conservación de los alimentos, sobre todo de las carnes, pescado, mariscos, productos lácteos y huevos. Constatar que la fecha de vencimiento de los productos envasados no haya caducado.
- **Conservación**, los productos cárnicos, lácteos y alimentos preparados, deben ser guardados en refrigeración, las menestras y harinas en envases apropiados y tapados, las verduras y tubérculos en ambiente fresco y en recipientes con buena circulación de aire. Los ambientes deben estar limpios y libres de insectos y roedores
- **Preparación**, limpieza y orden del lugar de preparación de alimentos (cocina), lavarse bien las manos con agua a chorro y jabón antes de tocar los alimentos; mantener las uñas cortas; usar recipientes y utensilios de cocina limpios; lavar las verduras y frutas con agua limpia a chorro; evitar preparar alimentos si se tiene alguna enfermedad infectocontagiosa o alguna herida en las manos. Si no se tiene agua corriente, almacenarla en recipientes limpios y bien tapados y usar una jarra limpia destinada sólo para sacar agua.
- **Consumo**, usar utensilios limpios, lavarse las manos con agua a chorro y jabón antes de consumir cualquier tipo de alimento.

Lactancia materna exclusiva: Referida a la alimentación exclusivamente con leche materna, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos.

Leche materna: Es el alimento natural para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño, siendo la succión un factor primordial para una adecuada producción de la misma. Incluye la Lactancia Materna Exclusiva durante los seis primeros meses de vida, así como una alimentación complementaria sana y apropiada, manteniendo la lactancia materna hasta por lo menos los veinticuatro (24) meses de edad.



Macro nutrientes: Son alimentos que están constituidos por elementos químicos orgánicos complejos y que el organismo requiere en mayor cantidad para su nutrición. Estos son los carbohidratos (formados por almidón, azúcares y fibra), las proteínas (formadas por cadenas de aminoácidos) y los lípidos (formados por ácidos grasos).

Micro nutrientes: Son alimentos constituidos por elementos químicos menos complejos y que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su nutrición. Estos son: las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (C y del Complejo B); y los minerales, que se dividen en macro elementos (Calcio, hierro, magnesio, yodo, fósforo, potasio) y los micro elementos (manganeso, cobre, zinc, cobalto y flúor).

Nutrición: Es la ciencia que se ocupa de estudiar los alimentos y su relación con la salud. También es el conjunto de procesos mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento general de la vida.

Obesidad: Es una enfermedad caracterizada por una cantidad excesiva de grasa corporal o tejido adiposo en relación a la masa corporal del ser humano. La Organización Mundial de la Salud, considera a la obesidad como una enfermedad y además un factor de riesgo para tener altos niveles de lípidos sanguíneos, hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes y ciertos tipos de cáncer.

La obesidad es causada por un consumo de calorías superior al gasto energético, lo que lleva a depositar las calorías ingeridas en exceso en forma de grasa. Este menor gasto energético se debe a la disminución de la actividad física que caracteriza la vida actual, especialmente en las ciudades, donde las personas pasan gran número de horas del día mirando televisión y realizando actividades sedentarias.

Algunos hábitos de alimentación incorrectos como el consumo frecuente de papas fritas, galletas, chocolates, dulces, mayonesa y otros alimentos ricos en grasa, azúcar y/o sal que concentran una gran cantidad de calorías y grasas, explican el sobrepeso y obesidad.

Refrigerio saludable (lonchera): Se refiere a las preparaciones que consumen especialmente los escolares entre las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena), y no reemplazan a estas. Los refrigerios contienen alimentos naturales o elaborados tales como lácteos, frutas, verduras y cereales. Evitar las golosinas, bocaditos embolsados, las gaseosas, tortas, y el uso de mayonesa por la facilidad con que se descompone a temperatura ambiental; mantener siempre limpios los recipientes y utensilios de las loncheras.

Seguridad alimentaria: La Seguridad Alimentaria (SA), se define como el acceso oportuno y permanente de las familias a alimentos seguros y suficientes en cantidad y calidad y que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, de manera que les permita llevar una vida sana y productiva. Los componentes básicos de la SA son: el acceso a los alimentos, la disponibilidad de los mismos, la utilización eficiente y la estabilidad del producto.

- **El acceso**, tiene que ver con el incremento del empleo y los ingresos de las familias. Para ello es importante que mejore la inversión pública y privada en áreas con relativo mayor potencial económico, y que sirva de atractivo para personas provenientes de lugares de menor potencial, con lo cual se disminuirá el número de personas sin recursos suficientes para satisfacer sus necesidades diarias. Paralelamente el Estado debe garantizar la red de programas sociales (educación, salud, agua y saneamiento y alimentación), en zonas con relativo bajo potencial de crecimiento.
- **La disponibilidad**, puede lograrse mediante la producción, la importación o la donación de los mismos. Para ello, en el mediano plazo es importante que el crecimiento económico provea los ingresos básicos para generar mayor importación comercial por el sector público y privado, de alimentos no producidos localmente, reduciendo la dependencia de alimentos donados. Igualmente es necesario mejorar la productividad agropecuaria, mediante una adecuada asistencia técnica a los productores y brindarles acceso al crédito y al mercado.



- **La utilización**, tiene que ver con dos condiciones básicas: a) Que los miembros del hogar dispongan de una adecuada información en alimentación y nutrición, de manera que tengan una alimentación balanceada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales, según edad, actividad física o intelectual y estado fisiológico y b) Que haya una buena utilización biológica de los alimentos ingeridos, lo que a su vez depende de un óptimo estado de salud de cada miembro de la familia. Para ello es importante que estos tengan conocimientos adecuados en la prevención y manejo de las principales enfermedades prevalentes según etapas de vida; tengan acceso permanente a los servicios de salud, de agua y saneamiento básico; dispongan un entorno ambiental seguro y a su vez tengan hábitos y comportamientos saludables.
- **La estabilidad**, referida al aspecto temporal de disponibilidad, acceso y utilización adecuados a largo plazo. El Perú es un país en el que cada región geográfica está expuesta a diversos tipos de desastres naturales. En la Costa se presentan deslizamientos, huaycos, inundaciones; en la Sierra aludes, aluviones, deslizamientos, huaycos, inundaciones y heladas; y en la Selva principalmente, inundaciones en gran parte de la región¹⁷, que hace más difícil la estabilidad de los alimentos durante todo el año.

¹⁷ INDECI. www.indeci.gob.pe Fecha de visita Setiembre 2004.



3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

El eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable debe implementarse primordialmente en el ámbito extramural de los servicios de salud. Ello no significa que el personal que atienden a usuarios en los servicios de salud no pueda implementar aspectos de promoción de alimentación y nutrición saludable por etapas de la vida, según lo propone el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Igualmente, no impide que se aprovechen oportunidades de dar mensajes grupales a través de medios audiovisuales o sesiones educativas en las salas de espera.

Los espacios de intervención propuestos para implementar la promoción de la salud en el eje temático de Alimentación y Nutrición son los siguientes Programas de Promoción de la Salud y las Etapas de Vida de las personas a intervenir.

3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA

3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

Durante el primer año de vida, el lactante tiene una rápida velocidad de crecimiento, llegando a triplicar su peso y aumentar en un 50% su talla de nacimiento. Asimismo, la composición y funciones del organismo experimentan cambios espectaculares como producto del desarrollo. Esta rápida velocidad en el crecimiento y desarrollo requieren de por sí necesidades nutricionales únicas, aunadas a las necesidades ya elevadas para su mantenimiento. El requerimiento de energía por kilogramo de peso por ejemplo, es 3 a 4 veces más que la que necesita un adulto.

Igualmente en esta etapa hay que tomar en cuenta el rápido crecimiento del cerebro que alcanza el 70% del peso del cerebro adulto y casi completa el total de su crecimiento en estructura. Por ello la materia prima esencial para el desarrollo de las neuronas en esta etapa la constituyen las proteínas de origen animal. Es a partir de ellas que se elaboran también las sustancias neurotransmisoras (serotonina, noradrenalina y dopamina) que hacen que fluyan los impulsos electrofisiológicos entre las neuronas, haciendo posible el aprendizaje, la memoria, la imaginación, etc.

Es importante tener en cuenta que la alimentación de las niñas y los niños tiene características diferencias entre los 0 a 6 meses, de 6 a 24 meses, de 3 a 5 años y 6 a 9 años.

Entre las acciones a desarrollar según edades diferenciadas tenemos:

a) Alimentación de la niña o niño durante los 6 primeros meses de vida

- Promover la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de edad, resaltando la importancia del calostro y su ingesta en los primeros días del recién nacido.
- Fomentar el vínculo afectivo entre la madre y la niña o niño.
- Informar y educar a la madre, pareja y entorno familiar sobre la importancia de la leche materna en la alimentación del lactante, y la alimentación balanceada de la madre que da de lactar.
- Capacitar en técnicas correctas de amamantamiento, manejo de hábitos y creencias en relación a la lactancia materna y técnicas correctas del lavado de manos con agua y jabón antes y después de dar de lactar.



- Informar sobre los derechos de las niñas y niños a la lactancia materna exclusiva.
- Socializar el Reglamento de Alimentación Infantil y los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú.
- Socializar la normatividad vigente sobre los derechos laborales de las mujeres a dar de lactar.
- Organizar grupos de apoyo en la comunidad para promover y proteger la lactancia materna.

b) Alimentación de la niña o niño de 6 meses a 2 años

- Promover la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
- Promover la prolongación de lactancia materna hasta por lo menos los 24 meses de edad.
- Informar y educar sobre el inicio de la alimentación complementaria con alimentos semi-sólidos como: papillas, mazamorras y purés; aumentando la cantidad a medida que la niña o niño crece, y modificando la consistencia, frecuencia y cantidad a mayor edad.
- Informar y educar sobre la alimentación de la niña o niño con tres comidas diarias y dos entre comidas conforme crece y desarrolla.
- Promover la importancia de los alimentos de origen animal como: carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche, queso; en la alimentación diaria de las niñas y los niños.
- Incentivar el consumo de frutas y verduras de la zona, en la alimentación diaria de las niñas y niños.
- Capacitar en higiene y cuidados en la manipulación, conservación, almacenamiento y consumo de los alimentos.
- Fomentar gradualmente la autonomía de la niña o niño a alimentarse de su propio plato, cuchara y taza, resaltando la importancia de la alimentación interactiva de aprendizaje mutuo, con paciencia y amor.
- El escenario de intervención prioritario para será la familia y vivienda, y la estrategia más importante es la educación y comunicación en salud, así como la abogacía y las políticas públicas locales regionales y nacionales.

c) Alimentación de la niña o niño de 3 a 5 años (pre-escolar)

- En esta edad el ritmo de crecimiento es menor que en el primer año de vida, pero aún así los requerimientos nutricionales son elevados.
- Promover la importancia de las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y refrigerios de las niñas y niños (media mañana y media tarde).
- Informar y educar sobre la importancia de la alimentación variada y en combinaciones adecuadas, de preferencia con alimentos naturales, principalmente de la zona y de estación.
- Incentivar el consumo de alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche y queso.
- Fomentar el consumo de 2 a 3 tazas de leche o derivados para cubrir las necesidades de calcio.
- Informar y educar a las familias para que enriquezcan las comidas de las niñas o niños con una cucharadita de aceite en las comidas principales.
- Promover el consumo de frutas y verduras en la alimentación diaria.
- Fomentar el respeto al ritmo de alimentación de la niña o niño no forzándolo a comer, estableciendo horarios adecuados y centrando la atención durante las comidas principales y los refrigerios.

d) Alimentación de la niña o niño de 6 a 9 años (escolar)

En esta edad, el crecimiento y la ganancia de peso son lentos pero uniformes. El peso aumenta a un ritmo de 2.5 a 3.5 kg./año y la talla aumenta a razón de unos 5 a 8 cm/año hasta el inicio de la pubertad. Se trata de una etapa de preparación para el desarrollo y el crecimiento característicos de la adolescencia que sobrevendrá posteriormente. Una correcta educación nutricional resulta fundamental, pues estas edades constituyen el comienzo de un periodo trascendental para la adquisición de hábitos alimentarios saludables.

- Promover el consumo de una alimentación balanceada y variada de la misma olla familiar.



- Fomentar el incremento en la cantidad de alimentos de acuerdo a la edad y al apetito de las niñas y niños.
- Promover la higiene en la preparación y consumo de los alimentos.
- Fomentar el lavado de manos con agua y jabón de las niñas y niños antes y después de ingerir los alimentos y el cepillado de dientes después de las comidas.
- Fortalecer la autonomía referida a la capacidad de ingerir los alimentos empleando los cubiertos y demás utensilios, requeridos en la alimentación diaria de las niñas y los niños.
- Fomentar horarios agradables tanto en la institución educativa como en la familia para el consumo de los alimentos.
- Promover la actividad física en base al juego, de acuerdo a la edad y a los intereses de la niña o el niño.

El escenario de intervención prioritario para esta etapa será la institución educativa en el nivel de educación inicial y primaria y la estrategia de implementación es la educación y comunicación en salud así como la abogacía y políticas públicas a nivel local, regional y nacional.

3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)

Las necesidades nutricionales de las y los adolescentes están estrechamente relacionadas con la maduración biológica y los cambios propios de la pubertad. En general los varones maduran unos dos años después de las mujeres. En la niñez, las necesidades nutricionales del varón y la mujer de la misma edad son muy similares, mientras que a partir de la pubertad hay una marcada diferenciación, que se hace más evidente al final de la adolescencia debido a la distinta composición y funciones fisiológicas del organismo según el sexo, como es el caso de una mayor necesidad de hierro y ácido fólico en las mujeres que menstrúan o que están embarazadas; y un mayor requerimiento de alimentos que forman masa muscular en los varones.

La promoción de alimentación y nutrición saludable en la y el adolescente, tiene que tomar en cuenta estos factores y además los cambios propios en la evolución de la personalidad, como el afianzamiento de la independencia, la búsqueda de nuevos patrones de socialización, la preocupación por la figura corporal, etc., que condicionan nuevos estilos de vida y patrones de alimentación. La especial atención que ponen los adolescentes por la imagen corporal, los condiciona en ocasiones a llevar dietas restrictivas para acercarse a un patrón ideal de belleza, influenciado por los modelos sociales del momento, y puede dar lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y vigorexia). Por ello, es muy importante trabajar a nivel familiar y la escuela aspectos relacionados con la autoestima, el respeto y amor por su cuerpo, al mismo tiempo adoptar adecuados hábitos alimentarios y de vida.

Entre las acciones a desarrollar en esta etapa de vida tenemos:

- Promover la importancia del consumo de una alimentación balanceada y variada de la misma olla familiar, teniendo en cuenta la edad, sexo y actividad física que realiza la y el adolescente.
- Incentivar el consumo de 3 tazas de leche diaria en cualquier forma de preparación.
- Promover la importancia del desayuno consistente para cubrir sus necesidades de energía durante las actividades intelectuales y físicas que realiza.
- Incentivar el consumo diario de frutas y verduras.
- Promover la importancia de los refrigerios saludables que incluyan diariamente frutas, jugos, refrescos de frutas naturales o agua sola.
- Promover el consumo de alimentos ricos en hierro como carnes rojas, vísceras, vegetales de hojas verdes. En esta etapa es importante identificar a la madre adolescente como de alto riesgo nutricional y de salud en la gestación y lactancia.
- Motivar para que la hora de comer sea un espacio agradable de relajamiento, de comunicación y aprendizaje sobre normas de alimentación.
- Capacitar en aspectos relacionados con la autoestima y patrones estéticos de alimentación y nutrición.



- Fortalecer las habilidades para la toma de decisiones adecuadas en relación a la alimentación y nutrición saludable.
- Tomar en consideración especial a las y los adolescentes que trabajan y los que empiezan a tener una presión excesiva con los horarios de estudio en la secundaria o la universidad, que condiciona el no dar prioridad a una alimentación sana y el usar el recurso fácil de las “comidas rápidas”.
- Promover el ejercicio y el deporte en las y los adolescentes.

Los escenarios de intervención preferentes serán la vivienda y familia, las instituciones educativas y la estrategia de intervención es la educación y comunicación en salud, abogacía y las políticas públicas.

3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)

En esta etapa ya no existen las elevadas demandas energéticas y nutritivas de las anteriores, siendo estas necesidades sensiblemente menores en relación con el peso corporal, y dependen, entre otros factores, de la edad, el sexo, actividad que realiza el adulto, complexión (fuerte, mediana, delgada), metabolismo y el grado de actividad física.

En el inicio de la pubertad y hasta el final de la adolescencia es cuando se produce el crecimiento más rápido de la masa ósea, y desde ese momento hasta los 30 años aproximadamente se produce la consolidación del hueso. El aporte adecuado de calcio a través de la alimentación, va a suponer un factor importante como prevención de la osteoporosis (descalcificación del hueso) a lo largo de la vida.

En la mujer, las necesidades de hierro y ácido fólico son mayores que en el hombre y las necesidades de nutrientes en el período del embarazo y lactancia se acentúan aún más. En esta etapa de la vida de la mujer se produce un aumento de las necesidades nutricionales, para cubrir el crecimiento y desarrollo del feto, del lactante, y los cambios experimentados en la estructura y el metabolismo de la madre.

La promoción de la actividad física practicando algún ejercicio, deporte o simplemente haciendo una caminata de 30 minutos diariamente, son elementos complementarios para una nutrición saludable en cualquier etapa de la vida adulta. Igualmente hay que tomar en cuenta la higiene en la preparación de los alimentos.

Entre las acciones a desarrollar en esta etapa tenemos:

- Promover el consumo de una alimentación balanceada y variada, en cantidades adecuadas a las necesidades del organismo y adaptada al modo de preparación culinaria de cada familia.
- Promover el consumo de alimentos ricos en calcio como la leche y derivados, especialmente en las mujeres a partir de los 45 años debido a que su absorción de calcio es menor a esa edad y prevenir osteoporosis.
- Incentivar el consumo diario de frutas y verduras de la zona y de estación y de preferencia en forma natural.
- Promover el consumo de carnes magras como el pescado, pollo, cuy, etc., que tienen bajo contenido de colesterol.
- Promover el consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal como el hígado, sangrecita, pescados oscuros, y de origen vegetal como menestras, en las mujeres en edad fértil.
- Incentivar el consumo diario de pequeñas cantidades de aceites y grasas vegetales como el aceite de oliva, de maíz de girasol, de palma, especialmente en ensaladas, que son saludables, accesibles y reducen el riesgo de problemas cardiovasculares.
- Promover el consumo de alimentos ricos en fibra como el pan integral, los fideos integrales, las frutas con cáscara o secas para favorecer el tránsito intestinal y prevenir enfermedades digestivas y el cáncer.
- Promover el consumo de alimentos frescos y evitar el consumo de las llamadas “comidas rápidas”, y embutidos (hamburguesas, hot dog y frituras en general), que tienen un alto contenido de grasas saturadas y colesterol malo o dañino que son perjudiciales para la salud. En lo posible no reutilizar o reciclar el aceite o grasa.



- Informar y educar sobre el riesgo del consumo de conservas o platos preparados fuera de casa, que pueden conllevar a problemas de contaminación y la disminución del valor vitamínico y mineral de las comidas.
- Promover el consumo moderado de azúcar y sal en hombres y mujeres (asegurar que la sal esté yodada).
- Incentivar el consumo de agua segura y en cantidades de 2 a 3 litros diarios.
- Promover el consumo de tres comidas principales, siendo la de la noche un tanto ligera a medida que avanza la edad, pues el gasto de energía es menor y el almacenamiento en el organismo es mayor.
- Promover actividad física a través de la práctica de algún ejercicio, deporte o simplemente una caminata de 30 minutos tres veces por semana.
- Restringir el consumo de alcohol y tabaco en mujeres y varones.

Alimentación de la mujer gestante y mujer que da de lactar

Las necesidades de energía de macro nutrientes como proteínas, grasas y carbohidratos, y micro nutrientes como las vitaminas y minerales, se incrementan durante la gestación y en el período de lactancia, porque el organismo necesita satisfacer las demandas, el metabolismo y depósito, tanto de la madre como la de su bebé, condición indispensable para proteger la salud de la madre y el niño, y la protección del ser humano durante toda las etapas de su vida.

Una madre que da de lactar debe producir un promedio de 800 ml de leche al día, la energía para producir esta leche proviene de la grasa acumulada durante el embarazo y de una cantidad extra de 500 kcal al día que la madre debe consumir a fin de no afectar su estado nutricional.

El porcentaje de energía proveniente de las grasas debe ser mayor al 20% de la energía total consumida para facilitar la ingesta de ácidos grasos esenciales y la absorción de las vitaminas liposolubles (Vitaminas A, D, E, K). La dieta de la gestante debe asegurar un adecuado consumo de ácidos grasos poliinsaturados, incluyendo los ácidos linoléico y linolénico, los cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como maíz, girasol, maní, olivo.

Una restricción calórica de moderada a importante o el ayuno, reducen más el volumen de leche que su composición de nutrientes. Si la ingesta alimentaria de un macro nutriente es inferior a lo recomendado, el efecto sobre la cantidad total de dicho nutriente en la leche es escaso o nulo. Sin embargo, la proporción de los ácidos grasos de la leche humana depende de la alimentación y nutrición materna.

Entre las acciones a desarrollar etapa tenemos:

- Promover el consumo de energía, de macro y micro nutrientes de acuerdo a las necesidades y estado nutricional de la madre.
- Promover el consumo diario de alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc. Estos se encuentran principalmente en carnes, vísceras, sangrecita, aves, pescados oscuros, mariscos, leche, yogur, queso, huevos.
- Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra. Se encuentran en alimentos como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro, naranja, mandarina, limón, toronja, piña, agüaje, maracuyá, tomate, cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras.
- Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante y tres comidas principales al día más dos raciones adicionales para la mujer que da de lactar.
- Los escenarios predominantes para la implementación de estas acciones serán la familia, el centro laboral, el municipio y las comunidades, y las estrategias de implementación serán la educación y comunicación en salud, participación comunitaria y empoderamiento social.



3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años)

El envejecimiento es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos. Los problemas de salud y la declinación fisiológica se desarrollan progresivamente y en parte se deben a los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida. Los cambios del proceso de envejecimiento afectan de manera diferente a las personas: unas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno; sin embargo, una proporción creciente de otras personas se vuelven frágiles, con disminución de la función visual, incremento de las alteraciones cognitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Igualmente, la menor actividad física, los problemas bucodentales, los trastornos digestivos, la disminución de la sensación de sed y cambios en el estado de ánimo, pueden conducirlos a la disminución del apetito y de la ingesta de agua y por ende a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. Todo ello puede llevar a que estas personas fácilmente se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes.

Igualmente, los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales.

Entre las acciones a desarrollar en esta etapa tenemos:

- Promover el consumo de frutas especialmente los cítricos, vegetales y cereales combinados con leche, queso y yogur.
- Promover el consumo de menestras dos veces por semana en poca cantidad, muy cocidas y siempre en combinación con cereales.
- Promover la importancia de la alimentación con poca grasa.
- Fomentar el consumo de agua segura de 6 a 8 tazas diarias.
- Promover el consumo de alimentos ricos en fibra como las frutas con cáscara o secas, para favorecer el tránsito intestinal y prevenir enfermedades digestivas y el cáncer.
- Promover un ambiente agradable a la hora de comer.
- Restringir el consumo de alcohol, tabaco, sal y azúcar.

Además es recomendable

- Promover actividad física diaria de acuerdo a la edad y capacidad física.
- Evitar la depresión, el aburrimiento y el aislamiento social, que son frecuentes en esta edad y disminuyen el apetito.

Los escenarios prioritarios para implementar estas actividades serán la familia, y los municipios; y la estrategia de implementación es la educación y comunicación en salud.

3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamiento y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.¹⁸

¹⁸ Ministerio de Salud, Programa de Familias y Viviendas saludables. Año 2006.



En este contexto, la familia se constituye en la unidad básica de intervención de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente” compartiendo afecto, seguridad, recursos como tiempo, espacio y dinero. Asimismo, al ser la familia el primer agente de socialización para las personas, tiene una influencia predominante en la transmisión de valores, creencias, hábitos e información relacionada a su salud; especialmente con los hábitos correctos de alimentación y nutrición. Así mismo los espacios físicos y horarios destinados a la alimentación deben convertirse en lo posible en espacios de interacción e integración familiar compartiendo momentos agradables que permitan la unión y cohesión de los integrantes de la familia.

Antes de iniciar una intervención en promoción de la alimentación y nutrición saludable en el Programa de Familias y Viviendas Saludables, será importante investigar la situación de la vivienda (características físicas, servicios con que cuenta agua, luz, desagüe, etc.), los ingresos de las familias y porcentaje del mismo dedicado a la adquisición de alimentos, la producción de alimentos en cantidad, variedad y calidad, el proceso de comercialización (cuánto dedican a la venta y cuánto al autoconsumo); los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a compra, preparación de alimentos y distribución intrafamiliar; alimentación infantil, manejo alimentario de las enfermedades frecuentes de la niñez; uso de alimentos donados, espacios físicos para desarrollar proyecto de bio-huertos familiares, espacios físicos para conservar, manipular y consumir los alimentos, higiene familiar, saneamiento básico, acceso a los servicios de salud y de educación, escolaridad, entre otros.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Partir de la recopilación relacionada a la situación de las viviendas y las prácticas alimentarias de las familias.
- La información recopilada debe servir de insumo para insertar el eje temático de alimentación y nutrición saludable en el Plan de Promoción de la Salud de Familias y Viviendas, según las estrategias, metodologías, y fases del Programa de Familias y Viviendas Saludables.
- Capacitar al personal de salud y agentes comunitarios en el eje temático de alimentación y nutrición saludable por etapas de vida: niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor.
- Desarrollar sesiones educativas con grupos de familias sobre la alimentación y nutrición saludable según etapas de vida.
- En cada sesión educativa, promover la asunción de compromisos prácticos por parte de las familias y grupos organizados de la comunidad, para la promoción de una alimentación y nutrición saludable en su localidad.
- Promover los huertos familiares en el caso de que haya un espacio contiguo a la vivienda, o favorecer el cultivo de hortalizas y frutas en macetas o utilizando la técnica hidropónica.
- Promover la crianza de animales menores como aves, cuyes, conejos, etc. en las viviendas que tengan espacio adyacente, para mejorar la alimentación de la familia.
- Promover las cocinas mejoradas, y técnicas para su implementación, como un medio para evitar la contaminación por humo de la vivienda y disminuir el riesgo de enfermedades respiratorias.
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de la higiene adecuada de la vivienda y en especial de la cocina y alrededores.
- Informar y educar sobre la importancia del agua segura en la alimentación de la familia.
- Coordinar con las instancias respectivas para promover la dotación de agua segura en viviendas que no tienen conexión a la red pública, a través de la cloración del agua o el hervido de la misma.
- Promover la dotación de un sistema de eliminación adecuada de excretas en viviendas que no tienen conexión a la red pública, mediante la construcción de letrinas familiares.

Los principales contenidos y objetivos de enseñanza aprendizaje a desarrollar en las sesiones educativas en grupos familiares serán:

- **Seguridad alimentaria (SA)**, definición, factores que condicionan el acceso, la disponibilidad, la utilización y la estabilidad de los alimentos.



Objetivo: Que los participantes mencionen 3 factores condicionantes a cada uno de los componentes de la SA en su localidad y qué propuestas de solución podrían dar.

- **Alimentación y nutrición saludable**, definición, valor nutritivo de los alimentos, la cadena alimentaria, los grupos de alimentos y funciones, importancia de una alimentación balanceada o equilibrada, distribución intrafamiliar de alimentos, hábitos y creencias negativas en relación a alimentación y nutrición.

Objetivo: Que los participantes practiquen y promuevan la preparación de una alimentación balanceada en la familia.

- **Alimentación de los grupos de mayor vulnerabilidad**, niño lactante, pre-escolar, mujer gestante y mujer que da de lactar, según los contenidos establecidos para cada etapa de vida.

Objetivo: Que los participantes practiquen y promuevan la correcta alimentación de las niñas y niños menores de 5 años, de las mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar.

- **Compra, conservación y preparación de los alimentos**, la mejor compra de alimentos, formas de almacenar, conservar, y manipular los alimentos, higiene en la preparación de los mismos, promover la participación de los varones en las preparaciones culinarias.

Objetivos: a) Que los participantes investiguen los principales alimentos (por grupos) que se expenden en su localidad, sus precios y estado de conservación. b) Que los participantes preparen y degusten menús balanceados.

- **Alimentación de los niños en edad escolar y adolescentes**, según los contenidos establecidos en la etapa escolar y del adolescente.

Objetivo: Asumir la responsabilidad de practicar y promover la correcta alimentación de los escolares y adolescentes.

- **Alimentación de la persona adulta**, según los contenidos establecidos en la etapa adulta.

Objetivo: Asumir la responsabilidad de practicar y promover la correcta alimentación de los adultos mujeres y hombres de 20 a 59 años.

- **Alimentación en la persona adulta mayor**, según los contenidos establecidos en la etapa del adulto mayor.

Objetivo: Asumir la responsabilidad de practicar y promover la correcta alimentación de los adultos mayores.

- **Huertos familiares y crianza de animales menores**, como un medio para mejorar la utilización y consumo de alimentos, en el marco de la seguridad alimentaria, en los grupos donde sea pertinente. Capacitar en técnicas para su implementación.

Objetivo: Que los participantes se comprometan a implementar o mejorar su huerto familiar o la crianza de animales menores.

3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

El objetivo general del Programa es contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas¹⁹. En este sentido la escuela se convierte en el segundo espacio de socialización más importante para niñas, niños y adolescentes por su papel en la transmisión de conocimientos y valores.

En la etapa escolar la adquisición de hábitos y comportamientos apropiados son la clave para una alimentación y nutrición saludable y es particularmente propicia para la adopción de los mismos. Igualmente, muchos de los buenos hábitos de los niños aprendidos en la escuela son asimilados por los adultos, por lo que intervenciones en alimentación y nutrición en la escuela, pueden apoyar a generar cambios a nivel familiar y comunitario.

Para desarrollar las acciones del eje temático de alimentación y nutrición saludable en la institución educativa, es importante iniciar capacitando a los docentes sobre aspectos generales como proyectos de alimentación y nutrición; hábitos de alimentación e higiene; contenido de las loncheras; calidad de los desayunos escolares; alimentos que se expenden en los kioscos escolares; tiempo y lugar dedicado a la alimentación

¹⁹ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Año 2005.



de los escolares; ferias alimentarias, jornadas de evaluación del crecimiento de los niños, disponibilidad de espacios para producción de bio-huertos escolares, acceso a servicios de saneamiento básico, valores priorizados por los estudiantes, habilidades para la vida para una adecuada alimentación, relación de la escuela con la familia, comunidad y las Asociaciones de Padres de Familia (APAFAS), entre otras.

Las actividades de enseñanza que se desarrollen con las niñas y los niños deben ser amenas y agradables, motivando la participación a través de actividades lúdicas, la pintura, las adivinanzas, el canto, las dramatizaciones, la preparación de menús con alimentos de la zona, el cultivo de verduras y frutas en el huerto escolar, etc. Deben adecuarse a la edad de las niñas y niños, tomando en cuenta su cultura y los recursos disponibles. Si se dan desayunos escolares por ejemplo aprovechar para reforzar hábitos correcto de alimentación e higiene (lavado de manos con agua y jabón antes de ingerir los alimentos) y valorar la hora de comer. Igualmente los alumnos pueden investigar los principales alimentos que se expenden en su localidad o en el kiosko del colegio y la calidad de los mismos. Promover la participación de las niñas y niños a través de los brigadistas o promotores de aulas en salud y nutrición.

La promoción de **huertos escolares**, es una actividad práctica que se podría proponer en la escuela, si se dispone de espacio y agua para ello. Los huertos escolares cumplen diversas funciones que las podríamos clasificar en: *nutricionales*, pues los alimentos producidos pueden complementar las necesidades energéticas de los escolares; *educativas*, ya que los niños pueden apreciar las utilidades y diferencias existentes en las plantas y aprender el manejo de pequeñas labores agrícolas como la siembra, el deshierbe, la cosecha, uso y preparación de abonos naturales, etc.; *demostrativas*, ya que puede motivarlos a hacer una réplica en sus respectivos hogares con los huertos familiares; *experimental-conservacionista*, porque en los huertos se pueden cultivar variedades exóticas y nativas apropiadas al clima, lo que favorece su diseminación; *ecológica*, porque que el huerto genera un microclima que favorece el desarrollo asociado de la vegetación y también permite usar abono natural (compost) en forma oportuna, lo que mantiene su productividad.

La promoción de **refrigerios o loncheras nutritivas y saludables**, es una actividad que se convierte en espacios muy adecuados para enseñar de forma práctica y objetiva alimentación y nutrición. El refrigerio además de proporcionar energía y otros nutrientes, ayuda a promover el consumo de alimentos producidos localmente, enseñar colores, olores, texturas y sabores, así como valores, identidad, solidaridad, respeto a los orígenes, revalorización de los productos locales y respeto a las costumbres culinarias de la zona.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Partir de la recopilación de la información relacionada a la situación alimentaria y nutricional de la comunidad educativa.
- La información recopilada debe servir de insumo para insertar el eje temático de alimentación y nutrición saludable en el plan de acción con instituciones educativas, según las estrategias, metodologías y fases del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas – Escuelas Saludables.
- Desarrollar talleres de capacitación al personal docente sobre los contenidos de alimentación y nutrición en la etapa pre-escolar, escolar y adolescencia.
- Promover que los profesores hagan un plan de trabajo que incluya los temas a desarrollar, los tiempos, los responsables y los recursos necesarios.
- Promover la implementación progresiva de algunas actividades de buenas prácticas en alimentación y nutrición en la escuela, con la participación directa de la comunidad educativa.
- Promover proyectos como: El pequeño chef, refrigerios y loncheras saludables, kioskos saludables, producción de biohuertos escolares, ferias alimentarias con exhibición de productos y alimentos producidos en la zona, jornadas de control de peso y talla de los alumnos con participación de padres de familia, visitas al mercado o fábricas de producción de alimentos, entre otros.

Los principales contenidos y objetivos de aprendizaje a desarrollar en las instituciones educativas son:



En la EDUCACIÓN INICIAL

- **Los alimentos**, color, olor, sabor, textura.
Objetivo: Que las niñas y niños aprendan a reconocer y clasificar los alimentos por su forma, color, olor, sabor y textura.
- **¿Por qué debemos alimentarnos?**, importancia de los alimentos para el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños.
Objetivo: Que las niñas y niños aprendan que los alimentos son necesarios para crecer, jugar, estudiar, etc.
- **Hábitos de higiene durante la ingesta de alimentos**, importancia del lavado de manos con agua y jabón antes y después de consumir los alimentos.
Objetivo: Que las niñas y niños pongan en práctica en la escuela el lavado de manos con agua y jabón antes y después de comer los alimentos de la lonchera o ingerir el “desayuno escolar”.
- **La hora de comer**, importancia y respeto a los horarios de alimentación.
Objetivo: Que las niñas y niños vivencien que la hora de comer debe ser un espacio agradable, de relajamiento, de comunicación y de aprendizaje de normas, y hábitos correctos de alimentación.
- **La lonchera**, importancia de las loncheras y refrigerios en la salud de las niñas y niños.
Objetivo: Que las niñas y niños traigan “loncheras nutritivas” y eviten las gaseosas y golosinas.
- **Aprendamos algunas preparaciones de alimentos**, importancia de las frutas, verduras y alimentos de origen animal y vegetal en la alimentación de las niñas y niños.
Objetivo: Que las niñas y niños realicen y degusten algunas preparaciones sencillas de acuerdo a su edad, hábitos y cultura, como una limonada, una ensalada de frutas, entre otros.

En la EDUCACIÓN PRIMARIA

Dosificar el contenido de los temas y ayuda didáctica, de acuerdo a la edad, al grado de estudios y a la diversidad cultural de las niñas y niños.

- **Aprendamos a comer bien I**, ¿Qué comemos y para qué comemos?
Objetivo: Que las niñas y niños socialicen los alimentos que consumen diariamente y las razones para alimentarse.
- **Aprendamos a comer bien II**, ¿Qué hacen los alimentos en nuestro cuerpo?
Objetivo: Que las niñas y niños reconozcan en forma práctica los grupos de alimentos y su función en el organismo.
- **Aprendamos a comer bien III**, ¿Qué es una alimentación balanceada o equilibrada?. Cómo combinar los alimentos y hábitos alimentarios de la familia.
Objetivos: a) Que las niñas y niños conozcan el valor nutritivo de los alimentos y aprendan a combinar adecuadamente los diferentes grupos de alimentos disponibles en su localidad y realicen alguna preparación sencilla en el aula; b) Que identifiquen los hábitos alimentarios negativos en su familia (consumir gaseosas o golosinas por ejm.) y que den propuestas de cambio.
- **La lonchera**, ¿Qué es una lonchera saludable y nutritiva? ¿Qué alimentos debe contener la lonchera o refrigerio?
Objetivo: Que las niñas y niños traigan una “lonchera saludable”.
- **¿De dónde provienen los alimentos que comemos?**, que alimentos son producidos en la zona y que alimentos no se producen en la zona. Importancia y revalorización de los alimentos locales.
Objetivo: Que las niñas y niños identifiquen las diferentes etapas de la cadena alimentaria y propongan el desarrollo de alguna actividad productiva en la escuela, como un huerto escolar, el cultivo de algunas hortalizas en macetas o en agua (cultivo hidropónico), crianza de animales menores, entre otros.
- **¿Cómo seleccionar y preparar alimentos saludables?**, Alimentos frescos y preparados, ventajas y desventajas; higiene en la preparación de los alimentos, requisitos que debemos exigir como usuarios de los alimentos envasados.
Objetivos: a) Que las niñas y niños tengan criterios para la selección de sus alimentos y practiquen medidas de higiene apropiadas antes y después de su consumo; b) Que sepan reconocer



la información mínima que deben incluir las etiquetas de los alimentos envasados: fecha de expiración, volumen o peso neto del producto y especificaciones nutricionales.

- **Los platos típicos de nuestra localidad**, importancia y revalorización de las preparaciones culinarias de la zona.

Objetivo: Que las niñas y niños identifiquen platos típicos de su localidad, los grupos de alimentos que contienen y si son o no balanceados.

En la EDUCACION SECUNDARIA

Dosificar el contenido de los temas y adecuar las ayudas didácticas de acuerdo a la edad, al grado de estudios y a la diversidad cultural de los adolescentes.

- **Alimentación y nutrición saludable**, definición, valor nutritivo de los alimentos, la cadena alimentaria, los grupos de alimentos y funciones, importancia de una alimentación balanceada o equilibrada, distribución intrafamiliar de alimentos, hábitos y creencias negativas en relación a la alimentación y nutrición.
Objetivo: Que los participantes refuercen sus conocimientos sobre alimentación y nutrición saludable.
- **Autoestima y valores estéticos**, aceptación de la propia imagen y respeto por la/el otra(o). Influencia de las modas en los hábitos alimentarios (dieta e imagen); variación de los modelos estéticos en las diferentes épocas históricas y culturas.
Objetivo: Que los adolescentes identifiquen los factores condicionantes de sus hábitos y patrones de alimentación y que propongan acciones para superar los que consideren negativos.
- **Seguridad alimentaria (SA)**, definición, factores que condicionan el acceso, disponibilidad, utilización y estabilidad de los alimentos.
Objetivo: Que los adolescentes mencionen 3 factores condicionantes a cada uno de los componentes de la SA en su localidad y qué propuestas de solución podrían dar.
- **Alimentación y nutrición saludable**, definición, los grupos de alimentos y sus funciones en el organismo, la alimentación en la adolescencia.
Objetivo: Que los adolescentes propongan alternativas más saludables en su alimentación.
- **La cadena alimentaria**, definición, principales productos alimentarios producidos en la localidad y formas de producción, ventajas de los abonos naturales frente a los plaguicidas.
Objetivo: Que los adolescentes propongan el desarrollo de alguna actividad productiva en la escuela, como un huerto escolar, el cultivo de algunas hortalizas en macetas o en el agua (cultivo hidropónico).
- **Conservación y preparación de los alimentos**, alimentos frescos y preparados, ventajas y desventajas; higiene en la preparación de los alimentos, requisitos que debemos exigir como usuarios de los alimentos envasados.
Objetivos: a) Que los adolescentes tengan criterios para la selección de sus alimentos y practiquen medidas de higiene apropiadas antes de su consumo; b) Que sepan reconocer la información mínima que deben incluir las etiquetas de los alimentos envasados: fecha de expiración, volumen o peso neto del producto y especificaciones nutricionales.
- **Consecuencias negativas de una alimentación por exceso o por defecto**, la desnutrición y la obesidad, consecuencias para la salud.
Objetivo: Que los adolescentes se comprometan a modificar progresivamente algunos comportamientos negativos en su alimentación.
- **El consumo de alcohol y las drogas**, efectos adversos en el estado de salud y nutrición del consumo de alcohol y drogas.
Objetivo: Que los adolescentes identifiquen los factores que condicionan el consumo de estas sustancias en la adolescencia y propongan medidas para su superación.

3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables

El objetivo general del Programa es promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y



la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización²⁰.

En este sentido el municipio es considerado como el escenario ideal para las acciones promocionales de la alimentación y nutrición saludable, por ser el núcleo del desarrollo local donde se puede tener mayor impacto sobre los determinantes de la salud con procesos y logros en corto, mediano y largo plazo. A nivel local es donde mejor se puede estimular la participación ciudadana y el compromiso político a favor de la seguridad alimentaria. Asumir un rol facilitador, buscador de consensos, negociador y de estrategia en abogacía para favorecer la seguridad alimentaria, será un reto para el personal de salud que deberá interactuar con otros actores y decisores que se desenvuelven en ámbitos distintos al sistema de salud.

Para desarrollar el eje temático de alimentación y nutrición es necesario promover, desde el sector, la participación social tanto en la planificación local como en la implementación, evaluación y toma de decisiones en torno a la seguridad alimentaria.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Partir de la recopilación de la información sobre la situación de la alimentación y nutrición en el ámbito de jurisdicción del municipio.
- La información recopilada debe servir de insumo para insertar el eje temático de alimentación y nutrición saludable en el plan de acción para favorecer la seguridad alimentaria, según las estrategias, líneas de acción, metodologías, y fases del Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
- En coordinación con el área municipal respectiva y dentro del marco de cooperación entre el municipio, los comités de vaso de leche, comedores populares y el establecimiento de salud, proponer las acciones del eje temático de alimentación y nutrición saludable. Participar en la elaboración de los presupuestos participativos y proponer se incluya una partida para la promoción de una alimentación y nutrición saludable.
- Participar en la vigilancia de la higiene y preparación de los alimentos de los programas sociales: wawa wasi, comedores populares, desayunos escolares, vaso de leche, etc.
- Promover con el municipio y otros actores sociales, acciones conjuntas de sensibilización a la población en el día mundial de la alimentación, día de la tierra, del medio ambiente, semana de la lactancia materna, etc.
- Con el área respectiva del municipio, hacer abogacía con los dirigentes de los mercados de la zona y los dueños de puestos, para promover “mercados saludables”. Estos deben caracterizarse por tener una adecuada higiene en el expendio de alimentos, el disponer de espacios adecuados para la circulación de las personas, adecuadas medidas de seguridad, expendio de productos legales y garantizados, adecuada limpieza y orden de su entorno, buen trato al público, administración eficiente, etc.
- Promover ferias con productos regionales revalorizando las costumbres culinarias positivas de la comunidad.
- Promover a nivel distrital el establecimiento de un sistema de vigilancia de la seguridad alimentaria en base a ciertos indicadores específicos.
- Promover la generación de políticas públicas regionales y locales que protejan la alimentación y nutrición y la seguridad alimentaria de la comunidad.
- Capacitar al personal del municipio en alimentación y nutrición saludable y seguridad alimentaria.
- Capacitar a las madres y usuarios de los comités del vaso de leche, comedores populares, desayunos escolares, wawa wasi, entre otros, en temas de alimentación y nutrición saludable, por etapas de vida.
- Difundir mensajes educativos comunicacionales sobre alimentación y nutrición a través de los medios de comunicación del municipio y de los parlantes de los mercados del distrito.

²⁰ Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.



- Fomentar la participación en las mesas de concertación a nivel distrital y provincial: mesas de lucha contra la pobreza, foro salud, redes de seguridad alimentaria, etc., pudiéndose articular con proyectos de nutrición y seguridad alimentaria promovidos por diferentes ONGs, entidades públicas y privadas como el Proyecto de PRONAMACHS del Ministerio de Agricultura entre otros.
- Incentivar y favorecer el desarrollo de proyectos alimentarios conjuntos a nivel local como: horticultura, fruticultura, elaboración de compotas, apicultura, etc., en organizaciones comunales.
- Hacer abogacía para que se emitan las respectivas ordenanzas municipales a favor de un control adecuado del expendio de alimentos en los mercados y restaurantes y otros de alimentación y nutrición saludable.
- Promover a nivel distrital y provincial el establecimiento de un sistema de vigilancia de la seguridad alimentaria y de salud.
- Higiene del personal en contacto con los alimentos.
- Higiene de cualquier instalación, material o utensilio que pueda entrar en contacto directo con los alimentos.

3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

El Programa tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con las familias, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas²¹.

Concebido como el espacio donde las personas adultas pasan la mayor parte de su tiempo desarrollando una ocupación u oficio, aportando y produciendo; puede ser un espacio de influencia positiva para la salud de las personas.

Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general. Es importante que se desarrollen habilidades y responsabilidades personales y colectivas relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades de su entorno.

El centro de trabajo es el espacio donde las personas pasan más de 8 horas diarias de sus vidas y tiene gran influencia en el proceso de socialización de las mismas y en la adopción de muchos hábitos y estilos de vida, incluyendo los alimentarios.

Las potencialidades de desarrollar acciones de alimentación y nutrición saludable en el centro laboral son diversas, más aún cuando sus efectos positivos pueden trasladarse hacia cambios en los estilos de vida de la familia del trabajador y sus redes sociales más próximas. Es importante que se comience a implementar las directivas aquí señaladas primeramente en los establecimientos del MINSA para dar el ejemplo y eventualmente pueden servir como centros demostrativos.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Partir de la recopilación de la información sobre la situación de la alimentación y nutrición con énfasis en los hábitos alimentarios de los trabajadores.
- La información recopilada debe servir de insumo para insertar el eje temático de alimentación y nutrición saludable en el plan de acción, según las estrategias, líneas de acción, metodologías, y fases del Programa Centro Laboral Saludable.
- En coordinación con el área laboral respectiva proponer las actividades para favorecer la alimentación y nutrición saludable de los trabajadores.

²¹ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales -Documento de Trabajo Mayo 2006.



- Promover la conformación de Comités de Salud y Nutrición en el Centro Laboral. Es importante que se haga con la participación directa de los propios trabajadores y/o sus organizaciones (sindicatos, asociaciones, clubes, etc.).
- Desarrollar talleres de capacitación en alimentación y nutrición saludable con énfasis en la etapa de alimentación del Adulto y Adulto Mayor a los trabajadores y funcionarios.
- Promover espacios físicos y ambientales para los horarios de alimentación de los trabajadores.
- Si el centro laboral tiene cunas o guarderías que brindan servicios de alimentación y nutrición para los hijos de los trabajadores, capacitar a los responsables en alimentación y nutrición e higiene y conservación de los alimentos en las diferentes etapas de la cadena alimentaria.
- Promover la vigilancia del cumplimiento de las leyes y normas legales de los derechos laborales relacionados con alimentación y nutrición, incluida las de promoción y protección de la lactancia materna de las trabajadoras.
- Incentivar el desarrollo de actividades físicas y deportivas en el centro laboral, especialmente aquellos donde el trabajo es mayoritariamente sedentario.
- Promover la generación de políticas públicas nacionales, regionales y locales que protejan la alimentación y nutrición en el centro laboral.
- Establecer convenios de cooperación con el área respectiva de ESSALUD para favorecer las acciones de alimentación y nutrición saludable para los trabajadores afiliados al sistema.
- Los requerimientos y necesidades nutricionales varían según edad, sexo, estado fisiológico y actividad que realizan las personas, en este sentido el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable también se debe desarrollar por Etapas de Vida, de acuerdo a la población a intervenir.

El eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable a través del desarrollo de estas acciones en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, espera contribuir con la implementación del Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud.



ANEXO 01: INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

A continuación se presentan algunos indicadores por Etapas de Vida y por Programas de Promoción de la Salud que se pueden tomar en cuenta para el seguimiento monitoreo y evaluación de las acciones del eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable.

| ETAPAS DE VIDA | INDICADORES |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIÑO Niñas y niños de 0 a 24 meses | <ul style="list-style-type: none"> * % de madres que dan lactancia materna exclusiva a sus niñas y niños durante los 6 primeros meses de edad. * % de madres que prolongan la lactancia materna hasta los 24 meses de la niña o niño. * % de madres que dan lactancia materna en la primera hora de vida de su niña o niño. * % de madres que reinician lactancia materna (relactación). * % de niñas y niños que reciben alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad. * % de niñas y niños que reciben alimentación adecuada durante y después de una enfermedad. * Número de comidas espesas que recibe la niña o niño al día. * Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro. |
| De 3 a 9 años (pre- escolar y escolar) | <ul style="list-style-type: none"> * % de pre-escolares que se alimentan solos. * Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro. * Frecuencia de consumo de leche o sus derivados. * % de estudiantes que llevan una lonchera o refrigerio saludable. * Número de comidas al día que consume la niña o niño. * Frecuencia de consumo de golosinas y gaseosas. * % de niñas y niños con crecimiento adecuado según edad. * % de niñas y niños con sobrepeso. |
| ADOLESCENTE de 10 a 19 años | <ul style="list-style-type: none"> * Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro por grupos según sexo. * Frecuencia de consumo de leche o sus derivados. * Frecuencia de consumo de frutas y verduras. * Número de comidas al día que consume la/el adolescente. * % de adolescentes con crecimiento adecuado según talla, peso, edad. * % de adolescentes con sobrepeso. |
| ADULTO de 20 a 59 años | <ul style="list-style-type: none"> * Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro según sexo. * % de mujeres y hombres que consumen 400grs. de verduras y frutas diariamente. * Frecuencia de consumo de "comidas rápidas". * % de hombres y mujeres que controlan su peso trimestralmente. * % de hombres y mujeres con sobrepeso. |



| ETAPAS DE VIDA | INDICADORES |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar | <ul style="list-style-type: none"> * Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal. * Frecuencia de consumo de leche y sus derivados. * Frecuencia de consumo de verduras y frutas. * Número de comidas que consume la gestante o mujer que da de lactar. * % de gestantes y mujeres que dan de lactar que consumen alimentos de origen animal ricos en hierro. * Frecuencia de consumo de aceites de origen vegetal en la alimentación de la gestante y mujer que da de lactar. * % de gestantes que consumen sal yodada. * % de gestantes con bajo peso. * % de gestantes con anemia. * % de gestantes con sobrepeso. |
| ADULTO MAYOR de 60 a más años | <ul style="list-style-type: none"> * % de personas adultas mayores que consumen 6 a 8 vasos de agua segura al día. * % de adultos mayores que consumen diariamente verduras y frutas. * % de personas adultas mayores que practican regularmente un deporte o caminan por lo menos 30 minutos 3 veces por semana. * % adultos mayores que viven solos. |

| PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | INDICADORES |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Familias y Viviendas Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * % de viviendas que cuentan con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos. * % de familias que han recibido capacitación en alimentación y nutrición saludable a través de sesiones educativas. * % de familias que vienen desarrollando el proyecto de huertos familiares para consumo de la familia. * % de familias que vienen desarrollando el proyecto de crianza de animales menores para consumo de la familia. * % de familias que distribuyen el consumo de los alimentos de acuerdo a las necesidades nutricionales de sus integrantes. * % de viviendas con cocinas mejoradas. |
| Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas-Escuela Saludable | <ul style="list-style-type: none"> * % de escuelas con kioskos y comedores saludables. * % de escuelas que desarrollan proyectos de huertos escolares. * % de escuelas que desarrollan proyectos de loncheras y refrigerios saludables. * % de escuelas que desarrollan proyectos de ferias alimentarias con proyectos locales. * % escuelas que desarrollan proyectos de control de peso y talla de los estudiantes con participación de padres de familia. * % de escuelas que desarrollan proyectos de visitas a fábricas y centros de producción de alimentos. |
| Programa de Municipios y Comunidades Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * % de ordenanzas municipales que favorecen la alimentación y nutrición saludable. * % de municipios que incluyen presupuesto participativo para desarrollar acciones de alimentación y nutrición saludable. * % de municipios que formulan convenios con otras instituciones para favorecer la seguridad alimentaria de la comunidad. * % de organizaciones que han recibido capacitación en alimentación y nutrición saludable. * % de organizaciones productoras de alimentos comprometidas con los objetivos y acciones de la seguridad alimentaria. * % de comunidades organizadas para vigilar la seguridad alimentaria. |



| PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | INDICADORES |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa Centro Laboral Saludable | <ul style="list-style-type: none"> * % de centros laborales con comités de salud y nutrición. * % de normas legales aprobadas para la promoción y protección de la alimentación y nutrición saludable de los trabajadores. * % de convenios establecidos para la promoción de la alimentación y nutrición saludable de los trabajadores. * % de trabajadores capacitados en alimentación y nutrición saludable. * % de centros laborales que cumplen con la norma legal sobre el permiso de una hora para la madre que da de lactar. |

ANEXO 02: MITOS Y CREENCIAS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

- * *El caldo es nutritivo ... Sólo proporciona agua y sabor.*
- * *La sustancia de huesos es nutritiva... Sólo da sabor y grasa y un kilo cuesta más que un litro de leche.*
- * *Las tabletas de “sustancias de carne” son nutritivas... Sólo dan sabor y cuestan más que un huevo.*
- * *Las menestras producen gases y cólicos... Se les debe quitar la cáscara.*
- * *No dar queso a los niños pequeños porque demoran en hablar... El queso da proteínas y calorías que le ayudan a crecer y nada tiene que ver con el habla.*
- * *La embarazada no debe comer carne porque la cabeza del bebe crece mucho y el parto es difícil... La carne contiene proteínas que ayudan al desarrollo del feto.*
- * *No hay que dar de lactar al niño o niña cuando uno ha tenido cólera o ha lavado ropa... La leche materna siempre está calentita y bajo ninguna circunstancia produce enfermedad en el niño o niña.*
- * *El hombre debe alimentarse mejor porque trabaja... La mujer también trabaja y a veces el doble que el hombre si además de dedicarse a las labores de la casa, también trabaja fuera. Los niños están en constante crecimiento y también requieren alimentarse bien, al igual que la mujer gestante y lactante.*
- * *El calostro o la primera leche de la madre hace daño al niño... al contrario, es rico en proteínas, vitaminas y sustancias (anticuerpos) que protegen al niño de las infecciones.*
- * *Las vitaminas engordan... No tienen calorías por sí solas pero son indispensables para ayudar al organismo a aprovechar mejor los otros alimentos y ayudan a prevenir las enfermedades. Si tenemos una alimentación equilibrada, no necesitamos ingerir vitaminas como medicamento.*
- * *Los jugos o zumos de frutas son mejores que la fruta natural... Los zumos naturales o comerciales tienen exceso de azúcar, carecen de fibra y su contenido en vitaminas puede estar disminuido.*
- * *Los alimentos envasados o precocinados son iguales que los naturales... En definitiva sacan de apuros y ahorran tiempo, pero no son los alimentos más nutritivos y saludables. Pueden tener alteraciones en el valor nutritivo debido a la precocción y cada vez que se vuelven a calentar pierden parte de su aporte de vitaminas; además muchos suelen abundar en contenido de grasas*



saturadas y colesterol. No hay que considerarlos como algo negativo, pero si hay que consumirlos de forma ocasional y no como base de la dieta.

- * *El agua engorda...* El agua es el más sano de los elementos de nuestra alimentación y es imprescindible, no tiene calorías y no engorda ni antes, ni entre, ni después de las comidas. Es recomendable beber agua siempre que tengamos sed y como mínimo 1,5 a 2 litros al día.
- * *La miga de pan engorda más que la corteza...* A igualdad de peso, la corteza tiene más calorías, pues tiene mayor cantidad de hidratos de carbono deshidratados.
- * *Los huevos blancos son menos nutritivos que los rosados...* El color de los huevos no tienen ninguna relación con el valor nutritivo.
- * *La gelatina es muy nutritiva...* solo contiene azúcar y colorantes y aun si es de pata de res, es incompleta en aminoácidos esenciales, por lo tanto es de baja calidad.
- * *El pan integral no engorda...* Tiene las mismas calorías que el pan o los productos no integrales a igual cantidad y peso. Se recomienda su consumo, al igual que otros productos integrales, por su alto contenido en fibra, que es beneficiosa para lograr un buen ritmo intestinal, evitar el estreñimiento, retrasar la absorción de los alimentos, y prevenir el cáncer de colon.
- * *Todo producto "light" no engorda...* Los productos light son «ligeros», lo que significa que tienen menos calorías que los productos normales, pero no son "cero" calorías.



1. ADRA PERU. Estrategias Comunitarias para Mejorar la Nutrición Infantil en el Perú. Imprenta Nelva Desing, Lima, 2003.
2. Alimentación y deporte. [http:// www.consumer.es](http://www.consumer.es). Fecha de visita Agosto 2004.
3. Alimentación y Tercera Edad. [http:// www.nutrar.com](http://www.nutrar.com). Fecha de visita Agosto 2004.
4. Banet E.; Buiza C.; Febrel M. y col. Educación para la salud: La alimentación. Editorial Laboratorio Educativo. Caracas, Venezuela, enero 2004.
5. Cerqueira M; Conti C. y col. La Promoción de la Salud y el enfoque de Espacios Saludables en las Américas. <http://www.FAO.org/docrep/006/j0243m/j0243m05>.
6. Delgado H. La iniciativa de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centro América. INCAP/OPS. Guatemala, 1996.
7. Duran C., Cuchi, P. Promoviendo un futuro saludable. Manual de entrenamiento para educadores de salud e instructores que trabajan con jóvenes promotores de salud y jóvenes consejeros voluntarios. OMS, Centro de Juventud Latinoamericana y el Caribe, Washington D.C., 1997.
8. Ekhard E.; Filer L. Conocimientos actuales sobre nutrición. OPS: Publicación científica No. 565. Washington D.C., 1997.
9. FAO. Guía metodológica de comunicación social en salud. [http:// www.FAO.org](http://www.FAO.org).
10. FAO. Manejo de Proyectos de alimentación y nutrición en comunidad: Guía didáctica. [http:// www.FAO.org](http://www.FAO.org), 1995.
11. FAO. Tablas de requerimientos nutricionales por grupos de edad. <http://www.FAO.org>.
12. Helena Restrepo, Municipios Saludables – Lecciones aprendidas, Desafíos, Presentación de los Municipios Saludables, Buenos Aires 2005.
13. Higiene y manipulación de alimentos. [http:// www.fehr.es/prevencion/higiene.htm](http://www.fehr.es/prevencion/higiene.htm) Fecha de visita Octubre 2004.
14. Importancia de la leche en la nutrición del Adulto Mayor. Rev Chil Nut, 28 (sup 1) 96-103, enero 2001.
15. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú, Mayo del 2001.



16. Isunza A. La obesidad en la pobreza: violación al derecho de alimentación. Post grado a distancia en obesidad. Universidad de Pavaloro, Argentina. Barcelona, España. Marzo del 2004.
17. Malnutrition et mortalité infantile: Implications des nouvelles données pur les programmes. BASICS/USAID, Septembre 1995.
18. MINSA de Costa Rica. Guías Alimentarias para la Educación Nutricional en Costa Rica. San José, 1997.
19. MINSA/Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición. Lineamientos para el Diseño de Intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición. Lima, julio del 2001. Doc.int.
20. MINSA/DIGESA. Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitaria de Alimentos y Bebidas. D.S. 007-98-SA.
21. MINSA/DIGESA. Quioscos saludables: proyecto piloto. http://www.digesa.sld.pe/pw_relapu/quioscos.pdf. fecha de visita junio 2005
22. MINSA/INS/CENAN. Tablas Peruanas de Composición de Alimentos, sétima edición. Lima, Perú 1996.
23. MINSA/OGE. Interculturalidad en la Atención de la Salud. Proyecto Vigía/USAID. Tarea Asociación Gráfica Educativa, Lima, mayo 2001.
24. MINSA/OGRH. Informativo nutricional: El Refrigerio Escolar. Lima, 2003.
25. OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra, 1981.
26. OPS/OMS. Promoción de la Salud. CD43/14, Washington D.C., setiembre 2001.
27. OPS. Promoviendo una dieta saludable en escolares de Cali, a través de la estrategia de Comunicación Social en Salud. Universidad del Valle, Colombia, Secretaria Municipal de Salud de Cali. Washington D.C. octubre de 1993.
28. OPS/OMS. Guía Alimentaria CINDI. Oficina Regional de la OMS para Europa, traducida al español por la OPS, Washington D.C., octubre del 2002.
29. OPS/SNV. Crezco sano porque como bien y juego mucho. Guía de Alimentación y Nutrición, Proyecto Espacios Saludables para el Cuarto año de Educación Básica. Módulo ISBN-41-9978-41-117-8, MECE4. Imprenta Noción, Quito, Setiembre del 2002.
30. OPS/SNV. Alimentación y Nutrición Saludable. Guía de Alimentación y Nutrición, Proyecto Espacios Saludables para el Sexto año de Educación Básica. Módulo ISBN-41-9978-41-120-8, MENU. Imprenta Noción, Quito, Setiembre del 2002.
31. Rasmuson Met all. Community Based Approaches To Child Health: Basics experiences to date. BASICS. Arlington Va., USA, 1998.



32. Sanghivi T.; Diene S.; Murray J., Galloway R. Program Review of Nutrition Interventions: Checklist for district health services. BASICS for USAID. Arlington Va., USA, 1999.
33. Sanghivi T. and Murray J. Improving Child Health Through Nutrition: Te Nutrition Minimum Package. BASICS. Arlington Va., USA, 1997.
34. Smilkstein G. The Physician and Family Function Asseessment. *Fam. Systems Med*, 1982. 2:263-278, 1984.
35. Taylor T; Serrano F; Anderson J. Management issues related to effectively implementing a nutrition education program using peer educators. *J. Nutr. Educ.*; 33 (5): 284-292, 2001, sept-oct.
36. Trabajo saludable. . [http:// www.latinsalud.com/articulos](http://www.latinsalud.com/articulos) . Fecha de visita Setiembre 2004
37. Trabajo y alimentación. <http://www.trabajoyalimentacion.consumer.es->. Fecha de visita Setiembre 2004.
38. Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes. *Rev Chil Nut*, Vol 29 (2), agosto del 2002.
39. Universidad de Barcelona. Propuestas educativas para la promoción de la salud en sociedades multiculturales. [http:// www.xtec.es/imarias](http://www.xtec.es/imarias) . Fecha de visita Octubre 2004.
40. Valenzuela A. y col. Mantequilla o Margarina, cuál es mejor para consumir. *Rev Chil Nut*, 28 (1): 70-79, abril 1999.
41. Vivienda saludable: Principios de la Red Vas sobre vivienda saludable. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsasv/e/experien/eventos/peru/peruinfor.pdf>. Waterlow J.C. Malnutrición Proteico - Energética. OMS/OPS, Publicación científica No. 555. Washington D.C. 1996. Fecha de visita Agosto 2004.
42. WHO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Región 2000-2005. Geneva, 2000.
43. WHO. Urban and peri-urban food and nutrition action plan: elements for community action to promote social cohesion and reduce inequalities thorough local production for local consumption. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001. [* | En línea.WMF *]





**Modelo de Abordaje
de promoción de la salud en el Perú,
acciones a desarrollar en el eje temático de**

HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE

Elaborado por: Milagritos Araujo Zapata

Consultor: Edelina Tolentino

Revisado por:
Maria Elena Flores Ramírez
Doris Cáceres Ramírez

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCCIÓN | 91 |
| CAPÍTULO I | 92 |
| 1.1 SITUACION DE LAS CONDICIONES DE HIGIENE Y AMBIENTE EN EL PERÚ | 92 |
| 1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE | 96 |
| CAPÍTULO II | 99 |
| 2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE | 99 |
| 2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE | 99 |
| CAPÍTULO III | 102 |
| 3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE | 102 |
| 3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA | 103 |
| 3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años) | 105 |
| 3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años) | 105 |
| 3.2.3 Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón (de 20 a 59 años) | 105 |
| 3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor Mujer y Varón (de 60 a más años) | 106 |
| 3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | 106 |
| 3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 106 |
| 3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | 107 |
| 3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 107 |
| 3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en el Cento Laboral Saludable | 109 |
| ANEXOS | 110 |
| ANEXO 01: INDICADORES DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO | 110 |
| ANEXO 02: CUADRO RESUMEN DE COMPORTAMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE | 112 |
| BIBLIOGRAFÍA | 114 |



El principal desafío que enfrenta el Sector Salud es la superación de las diversas brechas, que se refleja en las condiciones de salud de los diferentes grupos de población, así como en el acceso de los mismos a la atención sanitaria. Sin embargo, en las mejoras de las condiciones de salud de la población influyen factores como: económicos, políticos, sociales, ambientales y de higiene, étnicos y de género que prevalecen en el país; resultando imprescindible la participación activa de los sectores públicos, del sector privado y de la ciudadanía en general para alcanzar mejoras sustanciales en el estado de salud de la población. Este reconocimiento ha generado un renovado dinamismo en la formulación de políticas públicas que favorezcan la salud y disminuyan las brechas existentes.

Dentro de los factores mencionados se resalta la importancia de la higiene y ambiente, como un medio para mejorar la calidad de vida de las personas, por lo tanto deben ser los criterios principales que orienten las decisiones en la planificación y la gestión del desarrollo socioeconómico en nuestro país. Actuar sobre determinantes de la salud dirigidos a la higiene y protección del ambiente es más humano y más eficaz en función del costo que conlleva corregir y tratar los daños ya infligidos como consecuencia de la carencia de servicios básicos entre ellos se destaca el agua y saneamiento, y asimismo las diferentes formas de contaminación ambiental y la cada vez menos conservación de los recursos naturales que alteran el ecosistema y la vida en el planeta.

Las acciones a desarrollar para la promoción de higiene y ambiente saludable abarca no sólo intervenciones dirigidas a fortalecer prácticas y comportamientos a través del desarrollo de las habilidades y destrezas personales, sino también en la generación de políticas públicas saludables, en los determinantes de la salud, y en promover entornos que influyen sobre la misma. La conciencia y participación ciudadana y sus acciones en higiene y ambiente juegan un rol fundamental en el éxito de las políticas para la salud. Los estudios sobre actitud y comportamiento han puesto en evidencia que no sólo la actitud personal, sino también la actitud y la reacción de los otros, son las que influyen para asumir conductas y comportamientos a favor de la higiene y protección del ambiente.



1.1 SITUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HIGIENE Y AMBIENTE EN EL PERÚ

El Perú se caracteriza por su diversidad geográfica, cultural, social y económica. Cada región enfrenta retos diferentes para mejorar la higiene y su ambiente de vida. Si bien, en el país se han establecido áreas de prioridad para tomar acciones que permitan mejorar la higiene y la salud ambiental, cada región, provincia y distrito debe centrarse en desarrollar acciones que se encuentren a la vez incorporadas en su propio plan local. Los factores determinantes más preocupantes referentes a la salud, higiene y ambiente de la población en el país, se relacionan con la carencia de agua potable, saneamiento básico, optando por comportamientos inadecuados de higiene, el uso de sustancias químicas y plaguicidas, la contaminación de alimentos, manejo inadecuado de los residuos sólidos y presencia de vectores y la contaminación del aire¹. Todo esto se agrava en situaciones de pobreza y afecta a la población, especialmente a las niñas y niños. Muchas exposiciones peligrosas suceden en situaciones donde la población vive, trabaja, estudia, se recrea, entre otros.

A continuación revisemos los principales factores identificados en la higiene y ambiente que permiten explicar la situación y la influencia de los mismos en la salud de la población.

AGUA Y SANEAMIENTO

En el país, el agua y el saneamiento son dos de los factores que han canalizado mayores inversiones e intervenciones, tanto por el sector público, como por el sector privado y la comunidad. Esto con la finalidad de proporcionar y facilitar a la población el acceso al agua potable y saneamiento básico; como un derecho de todo ser humano; constituyéndose como elemento básico del desarrollo y de la lucha contra la pobreza.

El acceso al agua potable (fuentes públicas, pozos con bombas de mano, pozo excavado protegido, manantiales protegidos, colección de agua de lluvia, camión tanque o cisterna entre otros) de la población nacional es la siguiente:

| AÑO | Pobl. Total (miles) | Pobl. Urbana (miles) | Pobl. Rural (miles) | % cobertura abastecimiento de agua urbano | % cobertura abastecimiento de agua rural | % cobertura abastecimiento de agua total | % cobertura saneamiento urbano | % cobertura saneamiento rural | % cobertura saneamiento total |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2000 | 25662 | 18674 | 6988 | 88 | 52 | 72 | 90 | 40 | 76 |

Elaboración a partir de: INEI. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar. Perú, 2000 y OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2001. Washington, 2002.

El incremento de cobertura del servicio de agua potable en el ámbito nacional no es igual para todas las regiones, el rango de diferencia es de 90,1% en Tacna a 32,1% en Ucayali. La baja calidad del agua se

¹ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003.



relaciona a que la población se ve obligada al almacenamiento en recipientes no bien protegidos y que no reciben limpieza y desinfección periódicas, debido al servicio discontinuo o porque se provee de otras fuentes (manantial, río, camión cisterna, pilón). Asimismo, en algunas regiones se suma la contaminación por afluentes provenientes de la actividad industrial, sobre todo del minero-metalúrgico, y por los desechos domésticos y plaguicidas.

La cobertura de saneamiento, que implica la eliminación adecuada de excretas humanas de la población a nivel nacional es de 76% y para el ámbito rural es del 40%. La desigualdad de cobertura a nivel de las regiones va de un rango de 92,8% en Lima a 29,2% en Huancavelica. Una muestra de ello es, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) que tuvo una prevalencia de 15% en niños y niñas menores de 5 años para el 2000 y a nivel rural de 17%².

Esta situación genera que la población evidencie comportamientos inadecuados de higiene, tanto en la higiene personal (lavado de manos, higiene corporal, higiene bucal, entre otras), de la vivienda, del agua y los alimentos, en la eliminación de excretas y de su entorno. También, se evidencia que parte de la población que accede a las instalaciones no usa adecuadamente los servicios, por una serie de factores de orden cultural, social o porque las alternativas de solución no van de acuerdo con su realidad local. Se ha demostrado con evidencias estadísticas por la OMS-OPS, UNICEF y estudios locales, que el limitado acceso a agua potable y saneamiento, y las prácticas inadecuadas de higiene se asocian al 90% de casos de diarrea de niños menores de 5 años.

En el Estudio de Comportamientos de Lavado de Manos en el Perú, realizado por PRISMA en el año 2003, identificó que el 14% de las madres se lavan las manos con jabón antes de preparar y comer los alimentos y sólo el 6% lo hace después de utilizar el baño o letrina. Asimismo, el 5% de los niños mayores de 5 años se lava las manos antes de comer y el 11% lo hizo después de ir al baño o letrina. También, encontró que la percepción de suciedad está ligada al mal olor... " Si las manos no huelen mal no están sucias necesariamente³. El acceso a agua potable, a saneamiento adecuado y la práctica de comportamientos de higiene adecuados, también repercute en los resultados en materia de salud; no solo brindado bienestar y mejor calidad de vida a la población, sino que también, los protege de enfermedades infecto-contagiosas, mejora el estado nutricional de los niños y aumenta su capacidad de aprendizaje⁴.

LOS ALIMENTOS: HIGIENE Y SEGURIDAD

Los alimentos desde que se elaboran o producen (vivienda, centros de expendio públicos y comunitarios, sector agrícola e industrias) hasta que llega al consumidor están expuestos a diversas formas de contaminación, que generarán una serie de peligros para la salud de la población⁵. Los alimentos se pueden contaminar por agentes químicos (los plaguicidas y productos agroquímicos utilizados en la agricultura, metales pesados, residuos de detergentes y conservantes no autorizados o usados en exceso); por agentes biológicos (bacterias, parásitos, hongos, virus, entre otros), y por agentes físicos (partículas de metal o vidrio, astillas de hueso, madera o espinas y por insectos o larvas)⁶. Asimismo, por una inadecuada práctica de higiene en su producción, comercialización, adquisición, transporte, conservación, manipulación, elaboración y consumo; así como una inadecuada limpieza de los utensilios y vajillas utilizadas por los manipuladores de alimentos, incrementan los factores de riesgos de contaminación alimentaria. Los reportes son preocupantes y afectan generalmente, a las niñas y los niños; muchas veces con consecuencias mortales. Para el año 2003, la tasa de incidencia de casos de diarrea en menores de 5 años fue de 240.03 por mil y la tasa de incidencia de casos de diarrea en mayores de 5 años es de 12.5 por mil⁷. Asimismo,

² INEI. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar. Perú, 2000.

³ PRISMA, Estudio de Comportamiento de Lavado de Manos con Jabón en zonas urbano periféricas y rurales del Perú.

⁴ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, DC. Agosto 2003.

⁵ OPS/OMS Perú. Análisis de la Situación Perú: Programa Especial de Análisis de Salud. Lima, Setiembre 2005.

⁶ OPS, Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003.

⁷ <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/indicadoresna.htm>, Fecha de visita, octubre 2004.



el estudio de evaluación de impacto realizado al Vaso de Leche, encontró que el 44% de población beneficiaria y el 51% de población no beneficiaria, menciona al consumo de alimento contaminado como causa de la diarrea en niñas y niños menores de 5 años⁸.

LOS RESIDUOS SÓLIDOS Y PRESENCIA DE VECTORES

La producción de residuos sólidos se da donde el ser humano vive, se recrea, trabaja o realice cualquier otra actividad y si las personas comparten el mismo espacio (vivienda, comunidad, distrito, ciudad), las cantidades que se acumulan de residuos sólidos pueden constituir una seria amenaza para el ambiente y la salud de la población⁹. La contaminación por residuos sólidos es un problema serio a nivel nacional, particularmente en las áreas urbanas y periurbanas, y en las zonas industriales, donde la acumulación de basura y vertederos representa sin dudas el conflicto ambiental más evidente para residentes y visitantes por igual.

A nivel nacional, el manejo de los residuos sólidos está a cargo de las Municipalidades, mostrando diversos niveles de control y eficiencia en la eliminación de los residuos sólidos. Entre el 60% a 65% de la población tiene cobertura de recolección de residuos. Con excepción del área metropolitana de Lima donde 57,6% de los residuos colectados llegan a un relleno sanitario y un relleno controlado, el resto de ciudades utilizan vertederos o botaderos, sin ninguna condición sanitaria o arrojan los residuos a los cursos de agua¹⁰. La contaminación por residuos sólidos y las características de la vivienda (piso, paredes, techo, higiene), favorece la presencia de vectores (insectos, roedores, entre otros) que transmiten diversas afecciones, alterando la salud de la población. En el 2003, se presentaron 88,408 casos confirmados de malaria; un total de 33 casos de fiebre amarilla, 93 casos de enfermedad de Chagas¹¹, entre otras.

EL USO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS Y PLAGUICIDAS

El incremento en la producción y uso de las sustancias químicas y plaguicidas en la actualidad ha generado diversos riesgos para la salud. Las sustancias químicas y plaguicidas, contaminante del suelo, se usan, se guardan y se desechan en condiciones pocas seguras para la población, especialmente para las niñas y los niños y el ambiente. Las sustancias químicas como los plaguicidas, kerosene, los disolventes, productos de limpieza doméstica se utilizan en todo el país, principalmente en la agricultura, industria, vivienda y control de vectores, particularmente para controlar la malaria y el dengue, por lo que se requiere especial cuidado en su manipulación y desecho, debiendo considerar en todo momento los peligros a los que se expone la población tanto en forma individual y como colectiva cuando no se adoptan las medidas necesarias repercutiendo en su salud, entorno y ambiente.

EL AIRE EN LA VIVIENDA Y EXTERIORES

La calidad del aire, tanto en interiores como en exteriores, también causa un impacto en la salud de toda la población, especialmente de las niñas y los niños, tenemos derecho a respirar aire limpio sin contaminantes o impurezas. La contaminación del aire se refleja principalmente, en la prevalencia de infección respiratoria aguda (20.2%) y es la principal causa de mortalidad entre niños menores de cinco años en el país¹².

La calidad del aire es deficiente en las áreas metropolitanas de Lima, Callao y Arequipa y los centros urbanos industriales de Chimbote, Ilo y Cerro de Pasco. Las causas principales de este deterioro son el desarrollo industrial no acompañado de la prevención o el control adecuado de la contaminación, y el incremento y mal estado del parque automotor principalmente.

⁸ <http://www.cuanto.org/bienvenida/ENNIV2000.pdf>, Fecha de visita, octubre 2004.

⁹ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003

¹⁰ OPS/OMS Perú. Análisis de la situación Perú: Programa Especial de Análisis de Salud. Lima, setiembre 2002.

¹¹ <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/indicadoresna.htm>. Fecha de visita octubre 2004.

¹² <http://www.cuanto.org/bienvenida/ENNIV2000.pdf>, Fecha de visita, octubre 2004.



Mediciones realizadas en 5 zonas de Lima y Callao el año 2000, indicaron que la concentración promedio anual de gases contaminantes era superior a valores límite de varias normas de calidad de aire establecidas en los países de América Latina y el Caribe, y de las guías de la Organización Mundial de la Salud¹³.

En la vivienda, el uso de combustible, el humo de tabaco, así como la quema de basura, son las principales causas de contaminación. Observemos el siguiente cuadro, donde evidencia el alto consumo del combustible leña y kerosene para cocinar, especialmente en las zonas rurales.

CUADRO 2
USO DE COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA - AÑO 2000¹⁴

| | TOTAL | Lima Metrop. | Resto Urbano | Rural |
|--------------------------|-------|--------------|--------------|-------|
| Combustible para cocinar | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Electricidad | 2.7 | 5.8 | 2.5 | 0.3 |
| Gas | 42.0 | 69.1 | 53.4 | 7.5 |
| Kerosene | 19.9 | 23.9 | 28.3 | 7.6 |
| Carbón | 0.8 | 0. | 1.3 | 0.8 |
| Leña | 32.1 | 0.6 | 13.8 | 77.7 |
| Otro | 2.1 | 0.0 | 0.1 | 6.0 |
| No cocinan | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.1 |

LA CONTAMINACIÓN SONORA Y VISUAL

La contaminación sonora.- Debido a la considerable variación de la sensibilidad humana con respecto a los problemas auditivos, la naturaleza peligrosa de un ambiente ruidoso se describe en función del “riesgo y del daño”. Esto se define como la probabilidad de una población expuesta al ruido de sufrir de sordera debido al ruido. El diálogo entre dos o más personas se realiza por debajo de los 60 decibeles¹⁵. Existen segmentos poblacionales que por su actividad o estilo de vida, están más expuestos a los riesgos de los efectos nocivos del ruido.

Los altos niveles de ruido pueden ocurrir en ambientes laborales, vivienda, lugares de recreación entre otros. Los agentes causantes del ruido pueden ser: música al aire libre, discotecas, tránsito vehicular, aéreo y ferroviario, carreras automovilísticas, ruidos de motores y maquinarias, por parlantes y audífonos, construcciones arquitectónicas, reparaciones de carreteras y pistas, electrodomésticos y explosiones.

Contaminación visual.- Es la modificación o desequilibrio del paisaje, ya sea natural o artificial, que influye en las condiciones de vida y las funciones vitales de los seres vivos.

Los elementos más frecuentes de contaminación visual son: exceso de avisos luminosos e informativos en vías públicas, exceso de avisos publicitarios e informativos y de programas en general en los medios de comunicación masiva y construcciones o distorsionadores en paisajes naturales que ahuyentan a los animales. Estos factores se observan con mayor énfasis en las grandes ciudades por lo que amerita intervenciones oportunas para controlar y reducir los efectos en la salud.

¹³ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003.

¹⁴ <http://www.cuanto.org/bienvenida/ENNIV2000.pdf>, octubre 2004

¹⁵ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003.

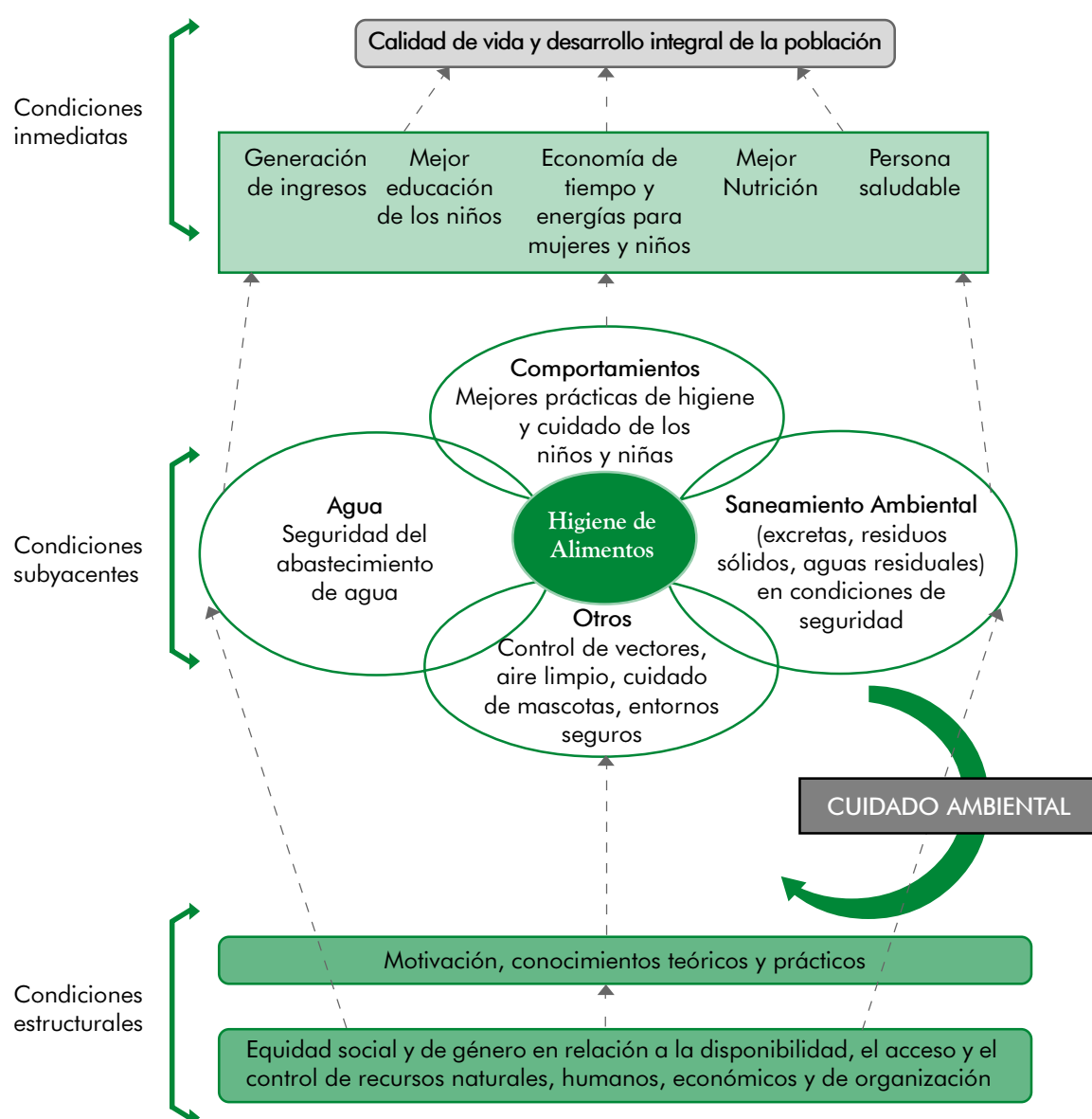


1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA EL DESARROLLO DEL EJE TEMÁTICO HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE

Es en el marco del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, que el eje temático de higiene y ambiente saludable, por la realidad tan heterogénea del país, nos lleva a identificar y evaluar los factores determinantes que son prioritarios para mejorar las condiciones de salud de la población.

Para ello, se sugiere tener como referencia el Gráfico N° 1, basado en el modelo de UNICEF¹⁶, que puede ser complementado, adaptado y mejorado con otros planteamientos a nivel regional o local que optimicen el logro del objetivo.

Gráfico 1:
Condiciones determinantes para higiene y ambiente saludable¹⁷



¹⁶ UNICEF. Estrategias del UNICEF en Materia de Abastecimiento de Agua y Saneamiento Ambiental. 1995.

¹⁷ UNICEF. Estrategias del UNICEF en Materia de Abastecimiento de Agua y Saneamiento Ambiental. 1995.



Como observamos en el gráfico, existen tres niveles de condiciones que tienen influencia sobre el logro de buen estado de salud y calidad de vida de la población:

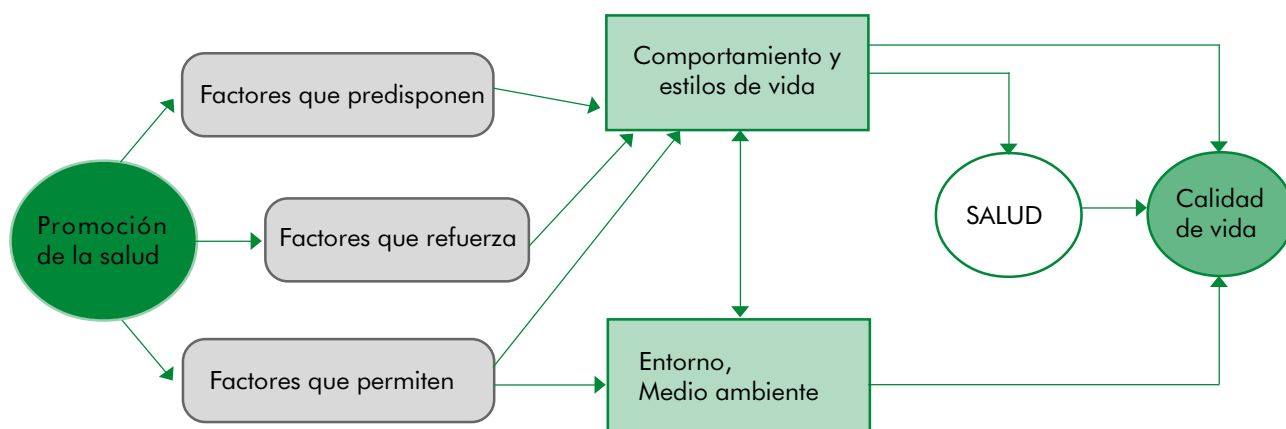
- Las condiciones estructurales, son las bases para influir en la motivación y conocimientos, teniendo en cuenta la equidad social y de género considerando la disponibilidad y acceso de los recursos entre otros.
- Las condiciones subyacentes, serán asimismo la base donde se promueva las mejoras en el comportamiento hacia las prácticas adecuadas de higiene, considerando todo aquello que influya en el logro de los mismos.
- Las condiciones inmediatas, están relacionadas a los determinantes de la salud que permitirán mejorar la calidad de vida y desarrollo integral de la población, especialmente de las niñas y los niños.

Asimismo, en éste marco, adaptaremos el modelo de Green & Procter, de mayor vigencia en promoción de la salud, sin cerrar las posibilidades a que se complemente con otros planteamientos para el fomento de hábitos, comportamientos y estilos de vida saludables en higiene y ambiente.

El modelo tiene como aliados a la educación en salud y la regulación como factores que desencadenan, refuerzan y permiten la difusión y adopción de un nuevo comportamiento de higiene y cuidado ambiental. Del mismo modo, considera la interacción entre el comportamiento y el estilo de vida con el ambiente propicio para lograr objetivos de salud

Según Florez (2004), (gráfico 2), la salud no es la única razón que motiva un comportamiento saludable: existen otras como la autoestima, el reconocimiento social, las concepciones de salud, entre otras. Más allá de alcanzar una buena salud, los comportamientos de higiene y ambiente llevan al individuo a mejorar su propia calidad de vida¹⁸.

Gráfico 2:
Esquema para la promoción de la salud
en higiene y ambiente saludable



Fuente: Flórez Rocío. La práctica del lavado de manos y la reducción de la diarrea infantil: Manos limpias, vida sana. PAS-BM, junio 2004.

¹⁸ Flores R. La prácticas del lavado de manos con jabón y la reducción de la diarrea infantil: Manos limpias, vida sana. Banco Mundial – Oficina ALC-Programa de agua y saneamiento. Lima junio 2004.



Es conveniente valorar estos factores son convenientes valorarlos en el momento de planificar la modificación de comportamientos no saludables y el fortalecimiento de prácticas de higiene y cuidado ambiental positivas en la población. La definición de las necesidades y/o problemas, se debe realizar conjuntamente con la población, haciéndolos participar activamente desde la identificación, hasta la solución de los mismos.

Con este marco teórico referencial proponemos se desarrollen las acciones del eje temático de Higiene y Ambiente.



2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE

Para la promoción de la salud en el eje temático de higiene y ambiente, es clave que se fomente políticas públicas y normas locales que complementadas con la movilización social, educación sanitaria y comunicación social, faciliten y promuevan la modificación favorable de los factores determinantes para la higiene y ambiente, priorizando y fomentando comportamientos que generen estilos de vida saludables en la población. Proponemos los siguientes comportamientos básicos a promover en la población por etapas de vida, en la familia, comunidad y los escenarios de la vivienda, institución educativa, municipio y centro laboral:

- Promover las condiciones y el empoderamiento de la población para la adopción hábitos, prácticas saludables y comportamientos en higiene personal, respetando la cultura y aspectos sociales de la realidad local.
- Promover en la población comportamientos saludables en higiene que generen estilos de vida saludables, relacionados al abastecimiento, almacenamiento, manipulación y consumo del agua.
- Promover prácticas y comportamientos saludables para la eliminación adecuada de excretas, saneamiento básico adecuado, que conlleven a generar estilos de vida saludables.
- Promover en la población las condiciones favorables y comportamientos de higiene para la adecuada producción, transporte, comercialización, almacenamiento, preparación y consumo de alimentos.
- Promover y desarrollar las capacidades de la población para impulsar y fortalecer las condiciones y factores que favorecen el cuidado ambiental y mejoramiento del entorno, relacionado a: higiene de la vivienda, institución educativa, municipio, comunidad y centro laboral; eliminación adecuada de residuos sólidos, control de vectores, cuidado de mascotas, calidad del aire, entre otros.
- Facilitar las acciones dirigidas a orientar y unificar la puesta en práctica de la promoción de higiene y ambiente saludable por etapas de vida, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.
- Desarrollar las acciones de promoción de higiene y ambiente saludable en los escenarios de intervención a través del Programa de Familias y Viviendas Saludables, Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, Programa de Municipios y Comunidades Saludables, y Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales.

2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE

Para desarrollar las acciones de promoción de higiene y ambiente saludables es necesario considerar algunas definiciones operacionales como:

Agua potable o segura, es el agua apta para consumo, agradable e inocua al ser humano y que cumple con estándares de calidad establecidos por los países y por lo tanto no es perjudicial para la salud. (OPS-OMS, 2001).

Ambiente, se compone de todas las criaturas vivientes, los recursos, y las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo de un grupo de personas o a una sociedad. (Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 1998).



Ambientes saludables, son espacios físicos y sociales adecuados para el juego, aprendizaje, interacción, etc. que favorecen el crecimiento y el desarrollo de la población. Las niñas y los niños son especialmente susceptibles a las enfermedades cuando nacen y se desarrollan en un medio ambiente inadecuado con hacinamiento, falta de higiene, carencia de espacio para jugar y estudiar. (CEPIS-OPS-GTZ, 2004).

Comportamientos de higiene, conjunto de hábitos, costumbres y actitudes que se expresan mediante prácticas que promueven o no la salud y la higiene. En la literatura internacional especializada el concepto es usado de modo recurrente para referir los comportamientos relacionados con agua y saneamiento. (CEPIS-OPS-GTZ, 2004).

Cambio de comportamientos, los cambios de comportamiento se lograrán si son fáciles de realizar por toda la población, si son flexibles a las necesidades concretas de grupos locales, si se accede a información y recopila sugerencias de la población y el costo no es una barrera para la práctica por la población, y principalmente si están de acorde con sus valores y creencias culturales. De acuerdo a observaciones directas de personas que estaban efectuando cambios en su comportamiento, lo más común es pasar por cinco etapas a medida que uno se familiariza con una nueva conducta (Rimer BK. 1990):

1. La persona todavía no ha pensado en cambiar su comportamiento ("No veo suciedad en mis manos").
2. La persona empieza a contemplar algunos cambios ("Quizá el lavado de manos me haga bien").
3. La persona se prepara para el cambio ("Me informé en el centro de salud que el lavado de manos protege mi salud").
4. La persona empieza a efectuar cambios ("Me lavo las manos antes de comer y después de hacer deposiciones").
5. Dos o tres años después del cambio, la persona continúa con el comportamiento saludable ("Desde que me lavo las manos estoy saludable y no gasto en medicinas").

Cultura del agua, está ligado al uso racional, cuidado de las instalaciones sanitarias y al pago oportuno por el servicio y tiene como elementos:

- La convicción de que el agua es un bien escaso, valioso y finito, cuyo uso es necesario racionalizar.
- La concientización de que eventualmente el agua representa un riesgo para la salud.
- La motivación necesaria de todos los actores sociales para contribuir a la solución de la problemática, en todo lo que esté a su alcance.
- El conocimiento de cada actor sobre la forma específica en la que deberá darse su participación, asumiendo la responsabilidad correspondiente

Desarrollo sostenible, se define como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades, incorpora numerosos elementos y sectores, incluido el sector sanitario, que deben contribuir a lograr dicho desarrollo. (WCED 1987-OMS 1997).

Disposición sanitaria de excretas o eliminación adecuada de excretas humanas, servicio sanitario individualizado o compartido de eliminación de desechos humanos, que separa las excretas del contacto con las personas. (OPS-OMS, 2001).

Higiene, es un conjunto de medidas más idóneas para promover y mantener la salud individual y colectiva, favoreciendo los factores protectores del estado de salud y reduciendo la morbi-mortalidad de la población. Su alcance y beneficios no conoce límites, abarca diferentes edades, sexo, etnias, culturas, estilos de vida; así como el entorno que rodea a la persona: vivienda, comunidad, institución educativa, centros laborales, centros de esparcimientos, entre otros¹⁹.

¹⁹ <http://www.higiene-educ.com/sp/home.htm>..Segatore, L. y Poli, G. Diccionario Médico. Editorial Teide. España, 1980.



Higiene personal, abarca los cuidados personales: el aseo del cuerpo, con énfasis en el lavado de manos, de la ropa, de los utensilios de cocina, la desinfección en las viviendas de pisos, paredes y sanitarios; y la higiene y manipulación adecuada de los alimentos.

Higiene pública, hace referencia a la provisión de agua potable, la recolección de los residuos, la construcción de redes de aguas servidas adecuadas, la desinfección y control de lugares de alto riesgo como baños públicos, restaurantes, instituciones educativas y hospitales, la construcción de plantas de tratamiento para residuos industriales, entre otros.

Riesgo tradicional, moderno y transicional, la OPS, a través de la División de Salud y Ambiente, caracteriza a la salud ambiental de una forma que permite atender operativamente el problema a través de una estrategia de intervención. Divide la problemática de salud ambiental en dos vertientes programáticas: en medios ambientales o saneamiento básico, y en efectos a la salud o calidad ambiental. Esto es lo que la OMS clasifica como riesgos tradicionales y riesgos modernos. Los riesgos tradicionales son aquellos vinculados con la pobreza y el insuficiente desarrollo, a saber: no acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y alcantarillado, servicios de disposición sanitaria de residuos sólidos y contaminación intradomiciliaria por combustión de carbón o petróleo, fumar tabaco. Los riesgos modernos son aquellos relacionados con el desarrollo pero que carecen de salvaguardas en cuanto a los peligros del ambiente para la salud, por ejemplo: contaminación del agua, industria intensiva, agricultura intensiva, contaminación del aire por emisión de gases vehicular e industrial, contaminación radiactiva, contaminación por ruido, etc. En los países desarrollados prácticamente son inexistentes los riesgos tradicionales, y por el contrario, los riesgos modernos son de una amplia diversidad; en los países en vías de desarrollo son altamente prevalentes los riesgos tradicionales y de moderados a altos los riesgos modernos. Por tanto, como muchos de los países en vías de desarrollo presentan ambos tipos de riesgo, se dice que se encuentran en una etapa de riesgo transicional. (Garza V. y Cantú P. 2002.).

Promoción de higiene, es un término global utilizado para cubrir un rango de estrategias que están encaminadas a modificar las determinantes relacionadas con agua y saneamiento, y a optimizar los efectos al corto y a largo plazo de las intervenciones de agua y saneamiento²⁰. En este contexto, incluye el uso de educación, de estrategias de mercadeo social y de aprendizaje, así como la administración por parte de la comunidad de instalaciones, lo cual es importante para la sostenibilidad. La promoción de higiene tradicionalmente ha sido vista como la provisión de información y fortalecimiento de habilidades para lograr cambios de conducta (CEPIS-OPS-GTZ, 2004).

Saneamiento, se refiere a los principios, las instalaciones y prácticas de higiene relacionados con la recolección, eliminación o desecho de los excrementos humanos y las aguas servidas domésticas de forma segura (OPS-OMS, 2001).

Salud ambiental, aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores determinantes en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones. (OPS, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2000).

²⁰ Ferron, S., Morgan J., O'Reilly M.. Promoción de Higiene: Manual práctico para la asistencia y el desarrollo. CARE Internacional 2003.



3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCION DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE

Para unificar y contar con una base referente a los factores y aspectos claves para la promoción de higiene y ambiente saludable, se propone el siguiente cuadro, que orientará la identificación y priorización de las necesidades de la población, y la planificación de las intervenciones a nivel de las personas, familias, viviendas, comunidad, instituciones educativas, municipios y centros laborales. El personal de salud adaptará la propuesta a su realidad y cultura local.

Cuadro 1:
Aspectos priorizados para la promoción de higiene y ambiente saludable

| Aspectos a trabajar | Contenidos priorizados para la Promoción de Higiene y Ambiente Saludable |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HIGIENE PERSONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Baño corporal en niños, adolescente y adultos. • Higiene de la cara y del cabello. • Lavado de manos en momentos críticos. • Higiene de la boca. • Higiene femenina. • Higiene y orden de la ropa. |
| SANEAMIENTO Y EXCRETAS | <ul style="list-style-type: none"> • Ubicación de lugares de defecación. • Uso de baños o letrinas. • Limpieza del baño o letrina. • Mantenimiento del servicio higiénico o letrina. • Eliminación de heces de los niños. • Uso de materiales de limpieza. • Espacios comunes (patio, calles) libre de heces. • Eliminación de aguas servidas o residuales. |
| AGUA | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a suficiente cantidad de agua por persona y por día. • Servicio o conexión de agua en la vivienda, institución educativa, centro laboral. • Acarreo o transporte del agua. • Almacenamiento adecuado del agua. • Manipulación del agua. • Tratamiento del agua. • Uso y consumo del agua. • Eliminación de aguas residuales. |
| HIGIENE DE ALIMENTOS | <ul style="list-style-type: none"> • Compra y transporte de los alimentos. • Almacenamiento de los alimentos. • Manejo y preparación de los alimentos. • Lavado de los alimentos. • Reutilización de los alimentos. • Lavado de los utensilios de cocina y zona de trabajo. • Lavado de manos en momentos críticos. |



| Aspectos a trabajar | Contenidos priorizados para la Promoción de Higiene y Ambiente Saludable |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CUIDADO AMBIENTAL | <ul style="list-style-type: none"> • Orden y limpieza de la vivienda, comunidad, centro laboral. • Orden y limpieza de la institución educativa/aula. • Limpieza de áreas recreativas, calles y caminos. • Almacenamiento de residuos sólidos en la vivienda, institución educativa, municipio y centro laboral. • Disposición de residuos o desechos sólidos en la vivienda, institución educativa, municipio, comunidad y centro laboral. • Reciclaje de residuos sólidos en la vivienda, institución educativa, municipio y centro laboral. • Cuidado de animales de compañía (domésticos) en la vivienda. • Detección y eliminación de aguas estancadas y charcos. • Seguridad, iluminación y ventilación de la vivienda, institución educativa y centros laborales. • Control de vectores. • Prevención de ruidos molestos y avisos visuales distractores y distorsionadores. |

3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA

La salud de la población, especialmente de las niñas y los niños es un elemento medular del desarrollo sustentable. Las niñas y los niños saludables se convertirán, al crecer, en adultos sanos y con pleno desarrollo de sus capacidades, invertir hoy en condiciones de higiene y ambiente saludables que protejan y mejoren la salud de la población reportará a la sociedad peruana beneficios de largo plazo, en términos de una menor demanda de servicios sociales y de salud, y una mayor productividad en el futuro²¹. Si promovemos la modificación de los factores que influyen en el ambiente y salud de la población objetivo, estaremos generando un entorno seguro y saludable para todos.

A continuación revisaremos que contenidos pueden ser de referencia y son comunes para formular acciones en la promoción higiene y ambiente saludable en las etapas de vida, debiendo ser adecuadas a la realidad y cultura local, y luego procederemos a detallar aquellas específicas por etapa de vida, familia y comunidad

Las acciones comunes a desarrollar en cada una de las etapas de vida serán:

Higiene Personal

- La importancia de la limpieza corporal o baño diario como hábito básico de vida.
- Promover el lavado de manos con agua a chorro y jabón en los momentos críticos: después de usar el baño o letrina y cambiar los pañales al bebé, antes de preparar y servir los alimentos y antes de ingerir los alimentos.
- Promover el lavado y orden del cabello, mínimo tres veces por semana. Revisar y controlar la existencia de pediculosis.
- Limpieza periódica y cuidados de los conductos auditivos externos y empleo de material adecuado.
- Limpieza nasal y empleo de material adecuado.
- Importancia de la higiene bucal y cepillado de los dientes después de las comidas principales. Asimismo, periodicidad del control odontológico.
- Recorte periódico de uñas de manos y pies.
- Organización del vestuario, uso de ropa limpia, cómoda, de acuerdo a las condiciones ambientales.

²¹ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, agosto 2003.



- Promover la limpieza y cuidado del calzado como parte del aseo y presentación personal.
- Promover el aseo corporal después de la práctica de actividad física.
- Importancia del uso y mantenimiento adecuado de los útiles de aseo personal.
- Promover la diferenciación de espacios y tiempos destinados durante el día para las actividades de higiene personal.

Agua

- Conocimiento de los padres y/o persona que cuida al niño/a sobre el empleo de agua potable o segura para su higiene personal.
- Medidas y prácticas de protección de la calidad del agua en el transporte, almacenamiento y manipulación.
- Evitar jugar cerca a las fuentes de agua y de los recipientes de almacenamiento de agua.
- Importancia del uso de agua potable o segura, para la preparación y consumo de alimentos.

Saneamiento y excretas

- Importancia del lavado de manos con agua y jabón después de usar el baño o letrina.
- Eliminación segura de heces de los/as niños/as en el baño o letrina.
- Uso de recipiente con tapa para depósito del material de limpieza anal.
- Trascendencia e importancia de la vigilancia, uso adecuado, privacidad y colaboración en la limpieza y manutención periódica del baño o letrina.
- Importancia del uso de materiales de limpieza exclusivo para el baño o letrina.
- Uso adecuado del baño o letrina para eliminación de heces.
- Importancia de conexión a la red pública de alcantarillado y/o construcción de letrinas sanitarias.
- Conocimiento sobre la transmisión de enfermedades fecal-oral y barrera de protección para el buen estado de salud.

Higiene de alimentos

- Importancia del consumo de alimentos limpios, en buen estado de conservación y bien cocidos.
- Importancia de la adecuada manipulación, conservación, preparación y consumo de alimentos.
- Protección de los alimentos y utensilios para comer, con mantel limpio u otros protectores.
- Importancia del lavado de manos antes de preparar, servir y consumir los alimentos.
- Trascendencia del lavado de los alimentos con agua potable y a chorro, especialmente, frutas y verduras (desinfección).
- Importancia de la limpieza con agua potable o segura de los utensilios para comer.
- Recomendaciones e importancia de la limpieza frecuente de los utensilios de cocina (platos, ollas, tablas de picar, etc.)
- Importancia del consumo de alimentos envasados y reconocimiento de su estado de conservación para el consumo humano.

Cuidado ambiental

- Importancia para las personas, en cada etapa de vida, de contar en la vivienda con habitaciones seguras, limpias, ventiladas y con iluminación adecuada y organización de los espacios para la convivencia saludable.
- Detección y control de fuentes de ruido que altere el descanso.
- Colaborar y mantener la limpieza y orden en los espacios o habitaciones de la vivienda, institución educativa, disminuyendo la contaminación por polvo, sustancias químicas y humos, gases, entre otros.
- Cuidado y seguridad en el almacenaje de medicamentos, productos de limpieza, combustible (kerosene, gasolina), entre otros; evitando el contacto o manipulación en la vivienda.



- Identificación y control de factores que dañan la salud al interior de la vivienda: hábito de fumar y uso de combustible contaminante, uso de cocina mejorada (leña, kerosene, estiércol, petróleo entre otros) que afecta a la calidad del aire y su relación con las enfermedades respiratorias.
- Pautas para la tenencia y cuidado de mascotas y/o animales domésticos en la vivienda. Aseo y limpieza periódica de los animales.
- Importancia del mantenimiento y protección de la flora y fauna del medio ambiente.
- Importancia de las medidas para controlar y reducir la contaminación visual.
- Importancia de no contribuir a la contaminación del aire con medidas sencillas como: caminatas, uso de bicicleta, promover el compartir los medios de transporte y el uso de combustible sin plomo.
- Importancia de detección de agua estancada y su eliminación para evitar la presencia de vectores y participación en las campañas y actividades permanentes de detección de criaderos de vectores y su eliminación permanente
- Identificación de proceso de producción, disposición y manejo de residuos sólidos, uso de tacho con tapa y la importancia del reciclado de residuos sólidos.

Además de estos temas en común para las etapas de vida, se incorporarán los siguientes temas:

3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

Niña o Niño menor de 1 año

Los aspectos importantes a desarrollar, además, en esta etapa son:

- Uso de productos de higiene adecuados, como jabones neutros, de glicerina, otras soluciones protectoras como vaselina, cremas con vitamina "D" para la zona del pañal.
- Importancia de la limpieza de la región perianal durante el cambio de pañal y la frecuencia de cambio de pañal.
- Mantener la limpieza y revisar el estado de conservación de los juguetes.

Niña o Niño de 1 a 9 años

Los aspectos importantes a desarrollar, además, en esta etapa son:

- Mantener los recipientes de agua fuera del alcance de niños pequeños.
- Aseo de la niña o niño después de haber jugado.
- Importancia del acompañamiento por la madre, padre, docente o persona adulta en la práctica de los comportamientos saludables, enfatizando la ayuda y reforzamiento para que adquiera seguridad y dominio.

3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10-19 años)

Los aspectos importantes a desarrollar, además, en esta etapa son:

- Importancia de la imagen personal, como fortalecimiento de su autoestima y desarrollo de su personalidad.
- Recomendaciones para el consumo de alimentos envasados y conocimiento de la importancia de la fecha de vencimiento del producto.

3.2.3 Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón (de 20 - 59 años)

Los aspectos importantes a desarrollar, además, en esta etapa son:

- Garantizar la existencia de los útiles de aseo y fomentar en los integrantes de la familia su limpieza, orden y mantenimiento.



- Importancia de la calidad del agua, saneamiento, aire y suelo, su relación con su vida cotidiana y el estado de salud.
- Importancia de constituirse en modelos cotidianos de comportamientos saludables y de orientación permanente a sus hijas(os) en la preservación de la fauna y flora.

3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor Mujer y Varón (de 60 a más años)

Uno de los aspectos importantes a desarrollar además en esta etapa es:

- Trascendencia de la participación del adulto mayor en vigilancia social del uso adecuado de los servicios básicos y cumplimiento de acuerdos que favorezcan la salud individual, colectiva y ambiental.

3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

Es en la familia donde se adquieren y desarrollan las actitudes, creencias, valores, hábitos, comportamientos y estilos de vida, y para ejercitarlos requieren de espacios físicos especialmente referidas a la vivienda y sus entornos.

Los cambios y adecuaciones se realizarán gradualmente y de acuerdo a la realidad y cultura local de las familias. Con los comportamientos adecuados en higiene y estilos de vida que practica familia, se constituye en modelo; modificando así, los determinantes de la salud en las generaciones venideras.

Acciones a desarrollar para la promoción de higiene y ambiente:

- Promover la participación de los miembros de la familia en las actividades educativas sobre higiene y ambiente.
- Fomentar el apoyo familiar en el proceso de aprendizajes de los comportamientos de higiene y cuidado del ambiente.
- Realizar la limpieza diaria de los diversos espacios de la vivienda. Evitar la acumulación de polvo en muebles, estantes y otros enseres, asimismo mantener la limpieza de los patios, jardines y el espacio circundante a la vivienda.
- Fomentar la importancia de la limpieza periódica de los marcos de ventanas y pisos con trapeadores húmedos, para proteger a los niños del polvo y de la pintura descascarada, que puede estar contaminada con plomo, especialmente en viviendas viejas.
- Promover la importancia del cuidado del agua desde la fuente de abastecimiento, transporte, almacenamiento, manipulación y consumo en la familia.
- Fomentar la cultura del agua, que implica su uso racional, pago oportuno por el servicio y su preservación como recurso finito.
- Promover la participación familiar en la gestión local del servicio de agua y saneamiento (como las Juntas Administradoras Servicios de Saneamiento - JASS).
- Promover en la vivienda, el contar con espacios físicos adecuados para estudiar, cocinar, descansar, y realizar las necesidades fisiológicas.
- Fomentar en las familias la adquisición de materiales y productos de limpieza sólo para el baño o letrina.
- Educar a la familia sobre la importancia de la ubicación de la vivienda, alejada de peligros como inundaciones y deslizamientos.
- Promover la conservación y mantenimiento de la vivienda como un lugar habitable y seguro.
- Promover la importancia del manejo adecuado de residuos y la segregación de la misma, provenientes de la vivienda.



- Orientaciones a las familias de las comunidades rurales para identificar y asumir cocinas mejoradas, reduciendo las emisiones de humo y mejorando la calidad del aire en el interior de la vivienda.
- Promover que las viviendas tengan canaletas o desagües para el agua de las lluvias, eliminando los charcos de agua criaderos de vectores.
- Informar a la familia sobre el cuidado y tenencia de animales domésticos, y espacio físico adecuado en la vivienda para que habiten.
- Educar sobre la responsabilidad del manejo y mantenimiento de los pesticidas y otros químicos tóxicos que puedan afectar la salud de los integrantes de la familia.

3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

La institución educativa es uno de los escenarios propicio para la promoción de higiene y ambiente saludable sostenible, ya que las niñas y los niños están inmersos en el proceso de aprendizaje, asumir modelos y cultivar una natural espíritu de exploración de su entorno.

Quizás la lección más importante de experiencias pasadas es que el aprendizaje de comportamientos en higiene y ambiente saludable no es un tema académico que se puede enseñar enfocándose en teorías y en exámenes escritos, sino que se puede hacer a través del desarrollo de habilidades para toda la vida. La enseñanza presencial tiene que ir acompañada de la práctica y que las y los docentes actúen como modelos de comportamientos saludables. A la vez, este desarrollo de habilidades para la vida demanda que las instituciones educativas tengan condiciones que permitan su desarrollo como instalaciones de agua y saneamiento adecuados, limpios y con buen servicio de mantenimiento²².

Es conveniente que el personal de salud realice un proceso de abogacía y capacitación a las autoridades y comunidad educativa, de los diferentes niveles educativos para movilizar su capacidad de gestión e infraestructura a favor de la promoción de higiene y ambiente saludable.

Acciones a desarrollar para la promoción de higiene y ambiente:

- Limpieza y orden de la ropa, especialmente de las prendas íntimas y el uniforme.
- Educar sobre la importancia del mantenimiento y uso adecuado del baño o letrina, con énfasis después del recreo o al final del turno educativo.
- Desarrollar los contenidos educativos referidos a: higiene personal, saneamiento y excretas, agua, higiene de alimentos y cuidado ambiental.
- Enfatizar la importancia del lavado de manos antes de consumir los alimentos de la lonchera o comprados en el kiosco de la institución educativa.
- Resaltar la importancia de la verificación del etiquetado nutricional y medidas higiénicas sanitarias de los alimentos envasados.
- Promover la importancia de la conservación y mantenimiento de los ambientes físicos de las instituciones educativas.
- Promover el sembrado y cuidado de las plantas y áreas verdes que mejoran el entorno educativo.

3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables

A nivel de los municipios, la población tiene fuertes componentes de protagonismo directo, superando los límites del modelo representativo y facilitando su rol protagónico a nivel local. En este sentido, la conciencia ciudadana requiere de un compromiso recíproco entre el municipio y la población, asociado a derechos y responsabilidades ante los nuevos enfoques de desarrollo social. Cuando se organiza y se participa en la dirección de su propia vida, el ciudadano adquiere poder político y la capacidad de producir un cambio colectivo y que los municipios deben incentivar para mejorar el estado de salud de la población. Sólo cuando se combina la información sobre el medio ambiente con datos sociales y

²² International Water and Sanitation Centre- IRC. Saneamiento Escolar y Educación en Higiene. Setiembre, 2003.



económicos, los ciudadanos y las autoridades pueden entender el pleno impacto que tienen las decisiones en los factores determinantes en la salud y la calidad de vida.

El desafío que encaran los municipios es formular estrategias de desarrollo y políticas, que contemplen medidas que promuevan la higiene pública, llamado así en este escenario de intervención, y ambiente saludable en corresponsabilidad con la población, buscando la implementación de estrategias e iniciativas que aborden integralmente la solución de los factores que afectan la salud de la población y mejorar la calidad de vida.

Acciones a desarrollar para la promoción de higiene y ambiente:

- Movilizar a los líderes locales en torno a campañas de lavado de manos con agua a chorro y jabón.
- Promover campañas de información sobre medidas de protección ambiental y del compromiso colectivo en las soluciones locales.
- Fomentar la organización de grupos de trabajo para el cuidado y preservación del ambiente, considerando la realidad local.
- Fortalecer los mecanismos de participación ciudadana tomando en cuenta las iniciativas de la población en temas de higiene y ambiente.
- Promover estrategias de comunicación social que fortalezcan y restauren la confianza del ciudadano en el gobierno local, generando luego una gestión compartida para fomentar comportamientos saludables en higiene y ambiente.
- Contribuir a la generación de estilos de vida saludables y compromiso ciudadano con la salud y su entorno familiar, social y ambiental.
- Generar políticas públicas que faciliten el control eficaz de la contaminación del agua, aire, suelos entre otros.
- Formular mecanismos de vigilancia social y municipal para el uso responsable del agua para regadío agrícola, así como, en la industria y explotación minera.
- Promover y liderar el manejo integrado e intersectorial del agua, tomando en consideración los aspectos de calidad y cantidad de manera conjunta.
- Apoyar y reforzar las capacidades locales, canalizando esfuerzos innovadores y participativos para reducir el desperdicio en el uso del agua potable o segura.
- Promover la participación social en la protección de los diferentes aliados para la conservación de los recursos naturales y ambientales.
- Promover campañas desde el municipio para que las viviendas con servicio de agua y desagüe realicen la conexión intradomiciliaria.
- Promover que los líderes locales asuman iniciativas saludables y se constituyan en modelos para la comunidad.
- Promover la importancia de medidas de regulación e higiene para el expendio de alimentos al público.
- Promover y verificar desde el municipio la manipulación adecuada de los alimentos.
- Generar políticas públicas saludables a favor de la disminución de accidentes por manipulación inadecuada de sustancias químicas, físicas, radioactivas entre otras, que puedan afectar la salud de las personas.
- Importancia de la limpieza y conservación de locales comunales y parques por grupos comunitarios y promover comités de vigilancia social para mantener el ornato de la comunidad.
- Promover la participación activa de las organizaciones sociales y abogar para que en el presupuesto participativo del municipio distrital y provincial, se asignen fondos para la salud ambiental.
- Fomentar el uso y protección de los recipientes instalados estratégicamente en la comunidad para eliminación de residuos sólidos.
- Resaltar la importancia de la contaminación del ambiente por humo de tabaco y que a partir de ella se genere políticas públicas saludables para su control.
- Promover la aplicación de políticas de transporte con combustible limpio y ordenamiento del transporte vehicular en las ciudades.



- Educar a la comunidad para la eliminación de desechos e inservibles que pueden servir como criaderos de vectores.
- Promover el cuidado de las áreas verdes e incentivar el sembrado de plantas, mejorando el ornato de la ciudad.

3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en el Centro Laboral Saludable

El centro laboral debe adaptarse a la persona en particular en lo que respecta a la concepción de puestos de trabajo, así como a la elección de equipos y métodos de producción o prestación de servicios con miras, en particular a atenuar el trabajo repetitivo y a reducir los efectos del mismo sobre la salud; y que la promoción de higiene y ambiente saludable, se debe planificar buscando un conjunto coherente que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales. Como consecuencia del trabajo, el ambiente en el que se desarrollan las tareas productivas va cambiando, influyendo y alternando la salud del trabajador y por lo tanto, se van modificando las condiciones iniciales del puesto de trabajo.

La promoción de centros laborales saludables implica centrarse en los determinantes positivos de las relaciones sociales en el trabajo, el desarrollo personal y colectivo de los trabajadores, y el fortalecimiento de su capacidad organizativa para actuar individual y colectivamente en el mejoramiento del ambiente laboral físico, económico, educativo, ambiente y psicosocial. Por tales motivos, los empleadores, el personal y los sectores públicos están llamados a implementar diversas intervenciones sincronizadas y optimizar los recursos disponibles que favorezcan un escenario y clima laboral saludable para los trabajadores.

Acciones a desarrollar para la promoción de higiene y ambiente:

- Promover la importancia sobre las medidas de protección vinculadas con la higiene y ambiente para reducir accidentes de trabajo, lesiones y enfermedades laborales; haciendo especial referencia a la condición de las mujeres en los lugares de trabajo.
- Fomentar la creación de espacios físicos que favorezcan la interrelación en el ambiente laboral.
- Promover la existencia de dispensadores de agua clorada o hervida para el consumo durante la jornada laboral.
- Promover la existencia de espacios adecuados para el refrigerio del personal, puntos de agua potable para la higiene personal, lavado de manos, de acuerdo al número de trabajadores según sexo.
- Incentivar la participación en el control de agentes contaminantes del ambiente como humo de tabaco, entre otros.
- Concertar con los sectores de la industria, minería y agricultura para establecer planes de intervención que promuevan comportamientos y prácticas para la higiene y ambiente saludable.

El eje temático de la Promoción de Higiene y Ambiente Saludable a través del desarrollo de estas acciones en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, espera contribuir con la implementación del Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud.



ANEXO 01: INDICADORES DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La promoción en higiene y ambiente saludable, debe estar enfocada a mejorar la calidad de vida de la población, que influyan positivamente en las determinantes de la salud relacionadas con el tema, asimismo, asegurar el compromiso conjunto de los otros sectores, instituciones públicas y privadas para lograr reducir los indicadores en el segmento poblacional más vulnerable, como son las niñas y los niños²³.

A continuación en el Cuadro N° 1 proponemos indicadores de proceso y de resultados como referencia, por etapas de vida y por programas de promoción de la salud, siendo preciso indicar que se pueden seleccionar de acuerdo a la realidad y prioridad local.

Cuadro N° 1
Indicadores para la Promoción de Higiene y Ambiente Saludable

| POBLACIÓN / PROGRAMAS | INDICADORES |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Población por Etapas de Vida | <ul style="list-style-type: none"> * % de madres que dan lactancia materna exclusiva a sus niñas y niños durante los 6 primeros meses de edad. * Porcentaje de personas según etapa de vida que se lavan las manos con agua y jabón. * Porcentaje de personas según etapas de vida que practican el cepillado dental después de las tres comidas principales. * Porcentaje de la población que consume agua hervida o clorada. * Porcentaje de la población que elimina adecuadamente las excretas y realiza el mantenimiento adecuado del baño o letrina. * Porcentaje de la población que prepara y consume alimentos en condiciones de higiene. * Porcentaje de la población que usa medidas de protección personal contra los vectores. * Porcentaje de la población que realiza tenencia adecuada de animales domésticos. |
| Programa de Familias y Viviendas Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de viviendas que cuentan con espacios físicos para la práctica de higiene personal, alimentación, agua, saneamiento y eliminación de excretas. * Porcentaje de viviendas con conexión a la red pública de agua potable. * Porcentaje de viviendas con pisos, paredes y techos que protege a la familia de presencia de vectores. * Porcentaje de viviendas que usan cocina mejorada (rural). * Porcentaje de viviendas que tienen espacios específicos, limpios, para la tenencia de animales domésticos. |

²³ OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003.



| POBLACIÓN / PROGRAMAS | INDICADORES |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Instituciones Educativas Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de escolares que practican el lavado de manos con agua y jabón. * Porcentaje de instituciones educativas con acceso a agua potable. * Porcentaje de escolares que consumen agua hervida o clorada. * Porcentaje de expendedores de alimentos en las instituciones educativas con prácticas adecuadas en la manipulación de alimentos. * Porcentaje de instituciones educativas con instalaciones sanitarias (baño o letrina) para mujeres y varones. * Porcentaje de instituciones educativas/aulas que usa recipientes con tapa para la eliminación de residuos sólidos o basura. * Porcentaje de instituciones educativas que presentan orden y limpieza de sus ambientes (aulas, patios, jardines, etc.). |
| Programa de Municipios y Comunidades Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de organizaciones sociales que realizan vigilancia comunitaria del servicio de agua potable. * Porcentaje de centros de expendio de alimentos con prácticas de higiene adecuadas. * Porcentaje de municipios que asignan presupuesto participativo para las actividades de promoción de higiene y ambiente saludable. * Porcentaje de municipios que tienen un sistema de recolección de residuos. * Porcentaje de municipios que incorporan en sus planes acciones de higiene y ambiente saludable. * Porcentaje de campañas de movilización social realizadas a favor del ornato de la comunidad. * Porcentaje de municipios que han emitido ordenanzas a favor del cuidado ambiental. * Porcentaje de Juntas de Agua y Saneamiento que realizan gestión del sistema de agua y saneamiento. |
| Programa de Centro Laboral Saludable | <ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de ambientes para realizar prácticas adecuadas en higiene en relación al número de personal que labora. * Porcentaje de instalaciones adecuadas para consumo de alimentos en relación al número de personal que labora. * Porcentaje de instalaciones sanitarias para mujeres y hombres según número de trabajadores. * Porcentaje de trabajadores que cuentan con prácticas medidas de seguridad durante la jornada laboral. * Porcentaje de centros laborales que cuentan con normas que favorecen el cuidado del ambiente. |



ANEXO 02:

CUADRO RESUMEN DE COMPORTAMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE

| Factores | MENSAJE Prioritario | COMPORTAMIENTOS | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | A observar | A preguntar |
| Higiene Personal | Lavado de manos. | Presencia de jabón al alcance y en uso. | <p>Adultos y niños indican los momentos críticos del lavado de manos:</p> <p>Después de usar el baño o letrina, cambiar los pañales al niño(a).</p> <p>Antes de preparar, servir y comer los alimentos, y de dar de comer a los niños.</p> |
| | Limpieza corporal o baño diario. | Adultos y niños con carita y cabellos limpios. | |
| | Uso de ropa limpia. | Adultos y niños usan ropa limpia. | |
| Agua | Trata adecuadamente el agua para beber. | Presencia de agua tratada en jarra con tapa o tetera. | <p>Persona adulta manifiesta la cloración (2 gotas de cloro /1 L de agua) o hervido del agua para beber.</p> <p>Persona adulta manifiesta la frecuencia de limpieza de los recipientes, mínimo 2 veces por semana.</p> |
| | Trasporta y almacena adecuadamente el agua para beber. | Recipientes limpios, con tapa o cubiertos con mantel y ubicados en lugar seguro. | |
| | Manipula adecuadamente el agua para beber. | Presencia de cucharón de mango largo o jarra con agarradera. Uso del caño o grifo. | |
| Saneamiento Excretas | Uso adecuado del baño o letrina. | No presencia de heces u orina en el baño o letrina y alrededores de la casa. | <p>Persona adulta menciona los pasos adecuados para el uso del baño o letrina.</p> <p>Menciona como enseña a los niños a usar el baño o letrina.</p> <p>Manifiesta como realiza la limpieza y cada que tiempo.</p> |
| | | Presencia de lavadero para las manos. | |
| | | Letrina no es usado como gallinero o almacén. | |
| Higiene de los alimentos | Mantiene limpio el baño o letrina. | Presencia de recipiente con tapa para basura y ausencia de moscas. | <p>Persona adulta manifiesta el lavado de verduras y frutas con agua potable a chorro.</p> |
| | Mantiene la privacidad del baño o letrina. | Baño o letrina tiene caseta, techo y puerta. | |
| | Lava las frutas y verduras antes de comerlos. | Existencia de vasijas para el lavado de los alimentos. | |
| Higiene de los alimentos | Mantiene limpios los utensilios y vajilla de cocina. | Portaplatos con tapa o cubierto con mantel limpio. | |
| | Lavado de manos. | Presencia de jabón al alcance y en uso. | |



| Factores | MENSAJE Prioritario | COMPORTAMIENTOS | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | A observar | A preguntar |
| Cuidado Ambiental | Mantiene limpia y ordenada su vivienda. | Espacios organizados y libres de polvo/basura. | <p>Jefe (a) de familia manifiesta como realiza la clasificación de la basura o residuos.</p> <p>Persona adulta menciona el uso de insecticida en los mosquiteros que usa para dormir.</p> <p>El jefe (a) de familia refiere que no fuma tabaco.</p> |
| | Mantiene una buena ventilación de su vivienda. | Presencia y uso de cocina mejorada. Existencia de ventanas. | |
| | Clasifica y elimina adecuadamente los residuos sólidos o basura. | Ausencia de residuos sólidos en espacios de la vivienda y alrededores. Presencia de recipientes con tapa, microrelleno sanitario. | |
| | Evita el agua estancada y criaderos de insectos. | Existencia de conexión al alcantarillado, pozo de percolación domiciliario. Ausencia de inservibles y envases para estancar agua. | |
| | Usa mosquiteros para dormir. | Presencia de mosquiteros en el espacio para dormir y uso de malla metálica fina en las ventanas y puertas. | |
| | Cuida los animales domésticos. | Existencia de rejillas en la puerta de la casa, animales domésticos en jaulas o corrales y en buen estado de aseo. | |



1. Almedon A., Blumenthal U. y manderson L. Procedimientos para la evaluación de higiene. 1998.
2. Billig P., Bendahmane D., Swindale A. Water and sanitation indicators measurement guide. Food and nutrition technical assistance-USAID. Washington, 1999.
3. Boynton R., Dunn E. y Stephens G. Manual de pediatría ambulatoria. 1986.
4. COMISION CENTROAMERICANA DE AMBIENTE Y DESARROLLO.
5. Ferron S., Morgan J. y O'Reilly M. Promoción de Higiene: Un manual práctico para la asistencia y el desarrollo. CARE Internacional, 2000.
6. Ferron, S., Morgan J., O'Reilly M. Promoción de Higiene: Manual práctico para la asistencia y el desarrollo. CARE Internacional 2003.
7. Flórez, R. La práctica del lavado de manos con jabón y la reducción de la diarrea infantil: Manos limpias, vida sana. Banco Mundial - Oficina ALC- Programa de agua y saneamiento. Lima, junio 2004.
8. INEI. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar. Perú, 2000.
9. International Water and Sanitation Centre- IRC. Saneamiento Escolar y Educación en Higiene. Setiembre, 2003.
10. Lerner S. Roberto. Hijo de mis padres, padre de mis hijos. Rádda Barnen, Lima 1995.
11. MINSA/Consejo Nacional de Salud/Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lineamientos de política de promoción de la salud. Perú, 2003.
12. Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud. Plan Estratégico 2003 – 2006.
13. Ministerio de Salud-PAAG-SBPT-AC. Lineamientos y Estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa. Perú, 2000.
14. Niño de Guzmán J. y Zevallos M. Construyendo la equidad de género: Metodología e instrumentos para su inclusión en proyectos de agua y saneamiento. Banco Mundial-PAAS, 2002.
15. OMS. Executive Summary of the Environmental Health Criteria Document on Community Noise. Copenhagen, 1993.
16. OMS. Preparemos el futuro de la vida: Preparemos ambientes saludables para los niños. Suiza, 2002.



17. OPS. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C. Agosto 2003.
18. OPS/OMS Perú. Análisis de la situación Perú: Programa Especial de Análisis de Salud. Lima, setiembre 2002.
19. Pedro Francke. Las políticas sociales y la descentralización. Exposición presentada en Seminario: Exclusión social, políticas incluyentes y gerencia social. Perú, 19 al 21/08/2004.
20. Políticas Públicas y Derechos en Salud. Dr.Luis Fuentes.ppt
21. Proyecto Policy. Formando redes para el cambio de políticas: manual de capacitación en defensa y promoción. Washington, enero 1999.
22. Sawyer R., Wood S. y Simpson-Hébert M. Guía paso a paso para el PHAST: Un enfoque de participación para el control de enfermedades diarreicas. Ginebra, OMS, 1999.
23. Segatore, L. y Poli, G. Diccionario Médico. Editorial Teide. España, 1980.
24. Simioni D. Contaminación atmosférica y conciencia ciudadana. CEPAL. Chile, 2003.
25. Simpson-Hébert M. y Wood S. Promoción del saneamiento. OPS-Ginebra, 1998.
26. UNICEF. Estrategias del UNICEF en Materia de Abastecimiento de Agua y Saneamiento Ambiental. 1995.
27. <http://www.ceit.es/asignaturas/ecologia/hipertexto/10catm1/320coson.html>. Fecha de visita octubre, 2004.
28. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/indicadoresna.htm>. Fecha de visita octubre, 2004.
29. <http://www.cuanto.org/bienvenida.pdf>. Fecha de visita octubre, 2004.
30. <http://www.minsa.gob.pe>. Fecha de visita octubre, 2004.
31. <http://www.cinara.org.co>. Fecha de visita octubre, 2004.
32. <http://www.higiene-educ.com/sp/home.htm>. Fecha de visita octubre, 2004.
33. <http://www.fortunecity.com/ingenieraambiental&medioambiente>. 2000. Fecha de visita noviembre, 2004-
34. <http://www.fortunecity.es/expertos/profesor/171/residuos.htm>. Fecha de visita noviembre, 2004.
35. <http://europ.eu.int/comn/health/ph-determnnts/socio-econpmcs/es.htm> Fecha de visita octubre, 2004.





**Modelo de Abordaje
de promoción de la salud en el Perú,
acciones a desarrollar en el eje temático de**

ACTIVIDAD FÍSICA

Elaborado por: Rogger Torres Lao

Consultor: Juan Seclén

Revisión: Maria Elena Flores Ramirez

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCCIÓN | 121 |
| CAPÍTULO I | 123 |
| 1.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PERÚ | 123 |
| 1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA | 124 |
| CAPÍTULO II | 128 |
| 2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA | 128 |
| CAPÍTULO III | 131 |
| 3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA | 131 |
| 3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA | 131 |
| 3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años) | 131 |
| 3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años) | 132 |
| 3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años) | 132 |
| 3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años) | 133 |
| 3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | 134 |
| 3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 134 |
| 3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | 135 |
| 3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 136 |
| 3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en los Centros Laborales | 137 |
| ANEXOS | 139 |
| ANEXO 01: INDICADORES DL EJE TEMÁTICO DE ACTIVIDAD FÍSICA | 139 |
| ANEXO 02: LISTADO DE ACRÓNIMOS | 140 |
| ANEXO 03: METODOLOGÍAS E INSTRUMENTOS DE SOPORTE A LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA | 140 |
| BIBLIOGRAFÍA | 149 |



La inactividad física, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT) están alcanzando con velocidad acelerada un nivel de proporciones epidémicas y se están constituyendo en la principal causa de muerte y discapacidad especialmente en las Américas. En un inicio afectaba a grupos de población de mayores recursos económicos pero recientemente está alcanzando a las poblaciones de medianas y bajas economías de países en vías de desarrollo. Es conocido que las dietas altamente energéticas y ricas en grasas, la inactividad física y el tabaquismo son causas subyacentes de esta epidemia.

En el Perú, según datos del Ministerio de Salud – Minsa, para el año 2003 las ENT constituyen la segunda causa de muerte de la población, afectando todos los estratos socioeconómicos. Existen estudios puntuales realizados en algunas ciudades de las regiones costa, sierra y selva del Perú reporta que la diabetes está presente en el 7.6% en la población adulta de Lima y en 2% en la población adulta de la región de la sierra, de otro lado la hipertensión arterial afecta al 33% (Lima) y 19% (Sierra), en ese mismo estudio se encontró que el 70% de la población tenía al menos un factor de riesgo coronario. Datos de la Encuesta Nacional de Vivienda - ENNIV 2000, señalan que el 12.5% de la población peruana refiere tener alguna dolencia de naturaleza crónica.

Conocido es que dichos problemas de salud son consecuencia de un conjunto de factores individuales, poblacionales y ambientales en donde destacan los comportamientos no saludables. En el Perú se encontró que una de cada cinco personas es obesa (1997) y, en el 2003 otros investigadores hallaron que el 24% de las mujeres peruanas y el 17% de varones son obesos siendo sus niveles de actividad física reducidos.

Datos más recientes de la práctica de actividad física en población peruana enfatizan que no más del 10% de la población peruana practica deportes en niveles que benefician su salud y que en promedio uno de cada dos peruanos no practica deporte alguno.

Esta situación socio-epidemiológica, ha originado desde hace algunos años esfuerzos del Ministerio de Salud por afrontar el problema de los comportamientos saludables y el sedentarismo desde la perspectiva de la Promoción de la Salud. Los Lineamientos de Política del Minsa para el periodo 2002-2012 colocan como la primera prioridad el fortalecimiento e impulso de la Promoción de la Salud en las políticas, estrategias, planes y acciones del sector para mejorar la salud y la calidad de vida de la población peruana.

En esa línea la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) del Minsa, viene desarrollando esfuerzos para normar, orientar y conducir iniciativas organizadas y efectivas para promover la adopción de comportamientos saludables en



la población a través de acciones orientadas al empoderamiento y abogacía a favor de la Promoción de la Salud. Así, la DGPS ha priorizado un conjunto de ejes temáticos de actuación en donde se incluye de manera preferencial la promoción de la actividad física.

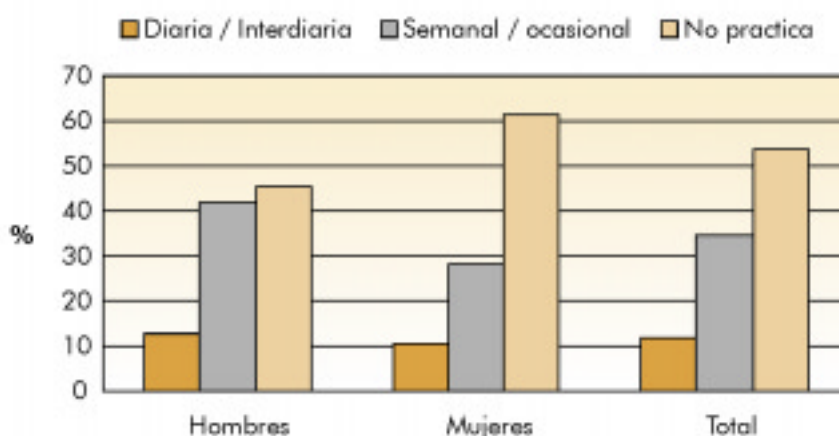
El presente documento constituye el referente conceptual, metodológico y de implementación de los aspectos de la gestión y operativización que las instituciones públicas y privadas y en especial las del sector salud deberían desarrollar para promover este comportamiento saludable entre los peruanos de todas las edades y condición social, económica y cultural. Para ello, se reconoce que los compromisos, alianzas y coordinaciones estratégicas e intersectoriales son fundamentales a fin de abordar de manera integral y efectiva el anhelo de "comportamientos saludables para una vida sana".



1.1 SITUACION ACTUAL DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PERÚ

En general no se disponen de muchos estudios que analicen la situación de la Actividad Física (AF) en el Perú. La mayoría estudian la práctica de AF a nivel recreacional específicamente la práctica de deportes. El tema de AF está cobrando interés desde fines de los años 90. En el año 1997 en la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Información - INEI, se incluyeron preguntas que exploraron algunos aspectos de la práctica de deporte en la población urbana del Perú. Allí se encontró que en tres de cada cuatro familias peruanas (76.4%) al menos un miembro de la familia practica deporte por lo menos una vez a la semana. Dicho estudio volvió a repetirse, aunque con algunas leves modificaciones en el año 2000. Mas adelante Seclen y colaboradores hicieron un análisis secundario de dicha base de datos publicando sus resultados en el año 2003. Dicho análisis concluyó que la población peruana practica deporte en poca frecuencia y en niveles poco saludables. En la Figura 1 se aprecia que poco más del 50% de la población no practica deportes, siendo este nivel más crítico en las mujeres. La conclusión más resaltante fue que sólo uno de cada 10 peruanos practicaba deporte en niveles que benefician su salud (frecuencia diaria o interdiaria).

Figura 1:
Frecuencia de Actividad Física deportiva
en población peruana (Perú 2003)

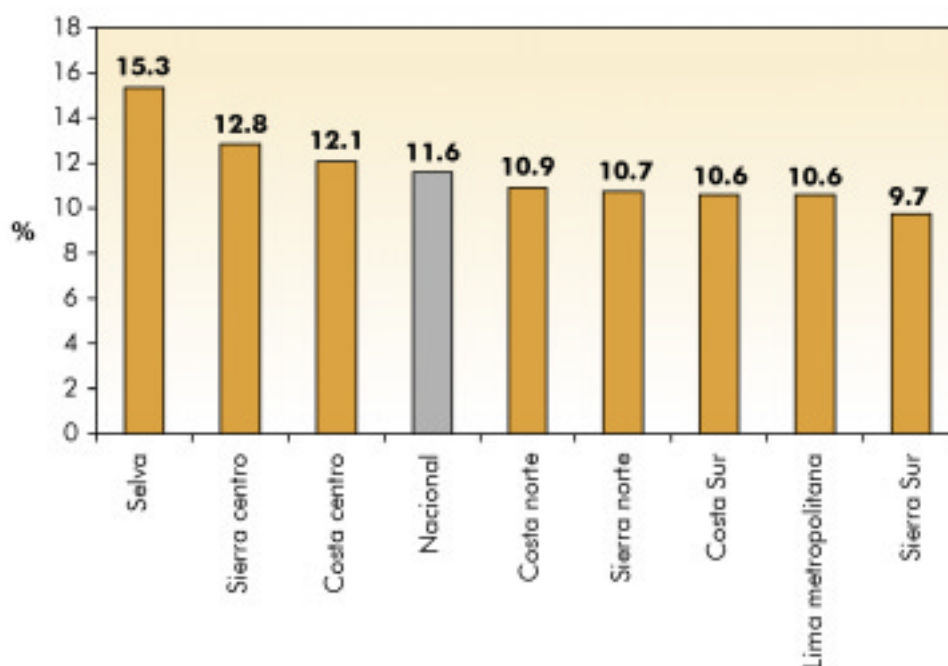


Fuente: Construido en base a los resultados del estudio realizado por Seclen-Palacin J, Jacoby E. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. Rev Panam Salud Pública 2003, 14(4): 255-264. (Perú 2003).

Este nivel de actividad física deportiva, desde ya bajo, es el común en todos los grupos de edad, siendo más crítico en las mujeres, y está afectando en mayor magnitud a la población residentes en zonas urbanas y peri urbanas. Lo más preocupante es que en todas las regiones del Perú este patrón de criticidad se mantiene (Figura 2).



Figura 2:
Frecuencia de Actividad Física deportiva regular
(diaria, interdiaria) en población peruana - (Perú, 2003).



Fuente: Seclen-Palacin J, Jacoby E. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. Rev Panam Salud Pública 2003, 14(4): 255-264. (Perú 2003).

Adicionalmente, se encontró que las razones expresadas por los peruanos para la no práctica del deporte fueron la falta de tiempo para hacer ejercicio (46.2%), el desinterés por esta práctica (42.7%) y la falta de infraestructura deportiva (35%). Estos aspectos pueden ser abordados desde promoción de la salud, así por ejemplo, la falta de tiempo y el desinterés puede ser enfrentado con acertadas y potentes acciones de educación y comunicación en salud aplicados al individuo, la familia y comunidad; por otro lado, la limitada disponibilidad a escenarios deportivos (parques municipales, gimnasios, ciclovías, rampas peatonales para caminatas, entre otros) puede ser modificada positivamente con acertadas políticas públicas, acciones intersectoriales y advocacy entre los decisores de los niveles de gobierno (central, regional y municipal) para fomentar la inversión en este tipo de infraestructura.

Por otro lado, la AF al ser un comportamiento humano puede ser practicada dentro de la rutina de lo cotidiano y en diversos momentos y lugares del propio desarrollo de la vida, por ejemplo puede ser practicada en el hogar, el trabajo y en otros lugares más.

1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

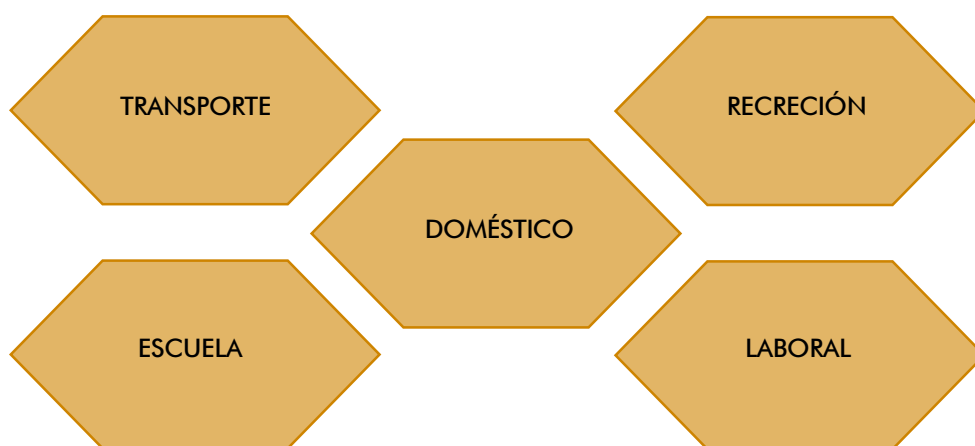
De la literatura revisada, Pratt y colaboradores estudiaron los patrones de AF y señalaron que su práctica ocurre fundamentalmente en cinco lugares a los que ellos denominaron dominios, es decir espacios donde interactúan los factores determinantes y dan como resultado el comportamiento saludable llamado actividad física. Dichos dominios son:



- a. **Transporte:** La persona debe trasladarse desde su hogar a diversos lugares para insertarse socialmente y satisfacer sus necesidades. Los esfuerzos por el transporte a pie, caminatas, o en vehículos no motorizados son de valor en el sentido de promover AF. La existencia de medios de transporte motorizados están disminuyendo cada vez más los niveles de AF.
- b. **Recreación:** La recreación es una actividad importante para el equilibrio psicológico, emocional y social de las personas. La AF como parte del esparcimiento es la que se practica con más frecuencia en el Perú. La actividad física recreacional incluye la práctica del deporte y los ejercicios al aire libre, en gimnasios, campos deportivos, parques, entre otros.
- c. **Doméstico:** La AF en casa o durante las labores domésticas es otro momento importante para realizar ejercicio, por ejemplo de ambulación, ejercicio en casa, subir y bajar escaleras, caminatas, realizar labores de jardinería, lavar, etc.
- d. **Ocupacional:** Las personas, sobre todo las económicamente activas, pasan gran parte del día en labores relacionadas con el trabajo. Existen ocupaciones que invitan al sedentarismo como el uso prolongado del computador, la mecanización y el acceso a tecnologías. Los prolongados momentos de estar sentado y la no práctica de subir escaleras son patrones negativos cada vez más comunes entre los trabajadores.
- e. **Escuela:** La población en edad escolar pasa gran parte de su vida en las escuelas. La educación que se imparte en ellas es fundamental para la adopción de prácticas saludables. Recientes intervenciones en escuelas destinadas a promover AF entre los estudiantes están demostrando resultados positivos.

Según estos autores, estos dominios les permiten a los gestores y planificadores en salud definir estrategias y acciones para promover AF en la población (Figura 3). Por ejemplo, en términos de intervención las iniciativas desde promoción de la salud deben fomentar la práctica de AF en todos los dominios y durante todas las etapas de vida de las personas.

Figura 3:
Dominios de desarrollo de Actividad Física



En el tema de AF, existe evidencia acumulada que sustenta los beneficios para la salud, sus niveles de práctica, los factores que la favorecen y las intervenciones más efectivas para promover este comportamiento en la población. En los últimos 20 años la producción de conocimiento en este tema ha sido intensa, fundamentalmente en el ámbito internacional; se presenta a continuación una síntesis de tales avances.



ACTIVIDAD FÍSICA: beneficios para la salud

La AF es considerada un comportamiento saludable en vista de que su práctica induce respuestas metabólicas y psicológicas beneficiosas para la salud. Estudios epidemiológicos han mostrado una relación positiva directa entre la inactividad física y diversas enfermedades crónicas y muerte prematura. Se ha demostrado también un efecto protector de la actividad física regular sobre cardiopatías isquémicas, diabetes mellitus, desórdenes cerebrovasculares, obesidad, osteoporosis, ansiedad y depresión, y algunos tipos de cáncer, como el de colon. Corroborando estas evidencias, diversos estudios experimentales han mostrado los beneficios de la actividad física sobre la hipertensión arterial, perfil lipídico, tolerancia a la glucosa, densidad ósea, entre otros.

- ❑ **Enfermedades coronarias:** Existe relación entre la actividad física y la presencia de enfermedades coronarias; las personas no sedentarias reducen el riesgo de morir por este tipo de enfermedades, mientras más temprano es el inicio de la actividad física mayor es el beneficio (prevención primaria). Se ha encontrado también beneficio de la actividad física en la prevención secundaria, así personas con coronariopatías que realizan actividad física dentro de su programa de rehabilitación cardíaca tienen menor tasa de mortalidad que aquellas que no la realizan.
- ❑ **Control de peso:** La actividad física regular incrementa el gasto calórico, de manera indirecta a través de una elevación de la tasa metabólica post-ejercicio, y directamente por la actividad física per se. Un programa combinado de dieta y actividad física aparece como el medio más efectivo para mantener el peso corporal ideal. Recientemente se ha sugerido que la práctica de al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada-intensa, previene la ganancia de peso.
- ❑ **Diabetes:** La AF incrementa la captación de glucosa por el músculo y también aumenta la sensibilidad a la insulina. El ejercicio es indicado para los pacientes que sufren de diabetes mellitus no insulino dependiente. La AF puede prevenir la diabetes al mejorar el metabolismo de la insulina y la glucosa, y favorecer el mantenimiento del peso corporal.
- ❑ **Osteoporosis:** La AF juega un rol importante en el mantenimiento de la densidad ósea y mineral, previniendo la osteoporosis y reduciendo las fracturas. La AF ha demostrado incrementar la masa ósea en mujeres jóvenes, reduce la pérdida de masa ósea en mujeres menopáusicas, e incrementa la densidad ósea en personas que adolecen de osteoporosis.
- ❑ **Cáncer:** La AF regular y el ejercicio son factores que protegen contra el cáncer de colon y mama.
- ❑ **Salud mental:** La AF regular y el ejercicio se encuentran positivamente asociados con la salud mental y el bienestar. Personas que practican ejercicio con regularidad son más activas en su entorno social, reportan menos ansiedad y depresión y muestran menores niveles de stress que las sedentarias. También se ha encontrado que el declive cognitivo en la tercera edad es reducido hasta en 3.5 veces con la práctica regular de AF.
- ❑ **Interacción social:** La AF favorece la interacción social de las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que practican ejercicio con regularidad toman parte activa en su comunidad, tienen mayor relación con su comunidad, y acceden a redes sociales con mayor facilidad. En población escolar regularmente activa se ha encontrado menor consumo de drogas.

ACTIVIDAD FÍSICA: niveles recomendados para mantener buena salud

Estudios diversos señalan que beneficios sustanciales para la salud pueden ser alcanzados con al menos 30 minutos de AF diaria de moderada intensidad, tal como caminar, bailar, subir escaleras o montar bicicleta. Según las recomendaciones de la OMS y el CDC estos periodos pueden ser acumulativos durante el día en sesiones de 10 minutos cada una. La regularidad recomendada es realizar ejercicio la mayoría de los días de la semana, por lo menos cinco días. Los niveles de actividad física requeridos para mantener y perder peso corporal deben ser mayores a los tiempos indicados.



Diversos estudios han mostrado que la AF se encuentra relacionada con un conjunto de factores conocidos como determinantes. Practicar AF es una elección personal y como tal depende de la voluntad de cada individuo, pero esa elección puede ser influida en diverso grado por un conjunto de factores dependientes de la persona, la familia y el entorno social.

Desde un punto de vista de salud pública podemos agrupar los determinantes en:

1. **Determinantes individuales:** Incluye los aspectos biológicos como herencia, carga genética, condición física o de salud. Asimismo los aspectos cognitivos relacionados a educación, conocimiento, nivel de información, aspectos culturales como valores y los socio-económicos referidos a nivel de ingresos, acceso a tecnologías.
2. **Determinantes familiares:** Se consideran las fuerzas de relación y dinámica familiar que se traducen en el comportamiento, prácticas, valores, percepciones sobre la salud y la AF. Se ha reportado que los modos de comportamientos de la familia influyen en la práctica de actividad física de los individuos.
3. **Determinantes del entorno social:** Los patrones de información, cultural y de prácticas a favor de la AF en escenarios como las escuelas, los centros laborales, universidades, organizaciones sociales de base, tienen influencia a nivel de las personas en la práctica de AF.
4. **Determinantes ambientales y de políticas:** Existen factores del ambiente que influyen en la adopción de comportamientos saludables como la AF; por ejemplo la infraestructura vial, el ornato de la ciudad, la seguridad vial y ciudadana, entre otros. Así también las políticas públicas en temas de planeamiento urbano, seguridad vial, constituyen aspectos relacionados con la AF en la población.

Por otro lado, se han identificado barreras o factores asociados a la no práctica del deporte. En el caso peruano dichos factores son: la falta de tiempo, el desinterés personal por el ejercicio, la falta de infraestructura deportiva, entre otros.



2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Siendo la AF un comportamiento de elección personal y que obedece a la interacción de múltiples determinantes, las estrategias para su promoción requieren:

- Fomentar la participación de líderes y actores políticos y sociales.
- Ser integrales, es decir que involucren a los actores políticos y sociales.
- Tener enfoque de acción intersectorial.
- Facilitar la comunicación social efectiva.

En relación a los servicios de salud proponemos reorganizar sus procesos de trabajo en la perspectiva de promover AF en la población. Esto significa planificar e implementar acciones orientadas hacia la promoción de la salud, para ello los gestores de los sistemas de salud deben brindar condiciones mínimas para esta tarea, por ejemplo favorecer las condiciones normativas, legales y administrativas que ayuden a desarrollar acciones para la promoción de la AF, reorientar los sistemas de información hacia el registro cotidiano e institucionalización de dichas acciones, establecer mecanismos de reconocimiento y estímulos hacia las prácticas de promoción de la AF, entre otras.

Los establecimientos de salud deben organizar su trabajo para la promoción de la AF relacionándose en diversos niveles:

RELACIÓN CON LOS ACTORES Y LÍDERES DE LA COMUNIDAD

El Minsa y sus dependencias tienen una responsabilidad esencial para facilitar y coordinar las contribuciones y participación de otros ministerios y organizaciones del gobierno.

El establecimiento de salud debe relacionarse con los líderes políticos y sociales, así como con las autoridades de los sectores público y privado, y con los representantes de la sociedad civil. Se busca colocar el tema de promoción y el de la AF en la agenda política local de salud.

Las acciones clave son la abogacía, la concertación y la definición de proyectos integrales que promuevan la AF.

RELACIÓN CON LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS

Existen oportunidades para promover AF entre los usuarios de los servicios de salud, también para realizar prevención primaria e incluso prevención secundaria, vale decir promover AF en la población en general, o en personas expuestas a algún riesgo o enfermedad.

El personal debe realizar acciones de información y educación en salud a través de técnicas comunicacionales efectivas.

RELACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL: familia y comunidad

Los establecimientos de salud dirigen acciones de promoción de la salud en la población general, para ello desplaza sus capacidades al ámbito de las familias y la comunidad.



A nivel familiar se desarrollan estrategias comunicacionales y de información para empoderar a las personas en temas de promoción de la actividad física. Se pretende cambios de comportamiento en la familia y sus miembros.

A nivel comunitario, el establecimiento actúa con los grupos organizados y los líderes para destinar esfuerzos conjuntos de abogacía, movilización social, participación efectiva, y acciones intersectoriales por la promoción de la AF. Se destaca el rol de los medios de comunicación en la tarea de educar e informar patrones de comportamientos saludables.

RELACIÓN CON LOS GOBIERNOS LOCALES

Los establecimientos de salud gestionan sus acciones por la salud con los gobiernos locales (gobiernos regionales, subregionales, municipios y demás autoridades locales). Partiendo del principio que las acciones por la promoción de salud no dependen solamente del sector salud, sino por el contrario la coordinación y el compromiso conjunto intersectorial deben ser una rutina en los servicios.

Existen determinantes de la AF, sobre todo los del entorno y el ambiente, cuya solución depende sustantivamente de la acción intersectorial.

RELACIÓN CON LA ESCUELA Y CENTRO LABORAL

Las escuelas influyen en la vida de las personas, es el lugar donde los valores y el conocimiento favorecen la formación de patrones de conducta y el comportamiento de los futuros ciudadanos. Las escuelas contribuyen con la salud proporcionando información, y educación, promoviendo alimentación y nutrición, AF y otros comportamientos saludables. Las escuelas deben estimular en sus estudiantes la práctica de AF, para lo cual deben contar con el material educacional y de infraestructura básico.

Los servicios de salud deben establecer alianzas con las escuelas en su propósito de influenciar en la educación para la salud en la población escolar dado que es el momento y el espacio de mayor eficacia en la orientación de comportamientos saludables.

En los centros laborales pueden darse esfuerzos articulados para informar, educar y promover la práctica de AF entre los trabajadores. Para ello debe concientizarse al sector empresarial para destinar recursos para promover este tipo de iniciativas. En países desarrollados se vienen estableciendo políticas laborales que impulsan este aspecto con la intención de mejorar salud y reducir sus costos en salud, vale decir están invirtiendo en promoción, lo cual les resulta más eficiente.

RELACIÓN CON REDES SOCIALES Y REDES INSTITUCIONALES

Promover AF requiere del compromiso intersectorial público y privado, de las autoridades de gobierno y de la sociedad civil organizada. Para sensibilizar y concientizar a este grueso de actores se recurren a múltiples estrategias que buscan abogacía, concertación, compromisos conjuntos y establecer la etiqueta de prioridad sanitaria a la AF. Ello es posible de obtener pero el desafío mayor estriba en generar condiciones de sostenibilidad de acciones y de asignación de recursos. Para lograr esto último se sugiere conformar redes institucionales o sociales a favor de la AF, funcionan fundamentalmente de manera virtual con momentos de debate presencial (congresos, reuniones de análisis, evaluaciones, balances, entre otras).

Las redes, se orientan en el caso de promoción de la AF, para los siguientes propósitos:

- Difundir evidencia científica sobre el tema de AF y sus intervenciones.
- Identificar estrategias e intervenciones costo efectivas y difundirlas entre los socios de la red.
- Sensibilizar a los decisores de políticas y financiadores públicos y privados para la asignación de recursos al tema de AF.



- Monitorear los avances de las acciones a favor de AF en los niveles nacional, regional, distrital y local.
- Identificar experiencias exitosas en el tema y difundirlas.
- Asistir técnicamente esfuerzos por la promoción de AF.
- Promover reuniones políticas y técnicas para la discusión y análisis de AF.
- Concientizar a los aliados estratégicos y gobiernos locales sobre la orientación y logros de los recursos invertidos para promover AF.
- Convocar nuevos aliados que desarrollen esfuerzos por la AF.
- Generar debate político sobre el tema de AF y su inserción en la agenda pública, y su traducción en asignación de recursos.
- Proponer políticas en el tema de AF y su promoción.
- Establecer convenios con instituciones académicas, internacionales o de financiamiento interesadas en el tema de AF.



3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

Los establecimientos de salud deben promover un conjunto de acciones a nivel de los servicios de salud, la familia, la comunidad y el espacio geo-social de las personas, con el propósito de empoderar a la población en lo referente a la promoción de la AF.

Desarrollar acciones de promoción a nivel de la red de los establecimientos de salud significa también romper con los paradigmas de la recuperación de la salud, la alta especialización, el trabajo individualizado y vertical, y de las acciones intramurales. Este es uno de los grandes desafíos para el Sector Salud.

Las acciones generales que los establecimientos de salud deben realizar para la promoción de la AF, son los siguientes:

- Gestión participativa: relación estrecha con los actores sociales para la promoción de la salud.
- Trabajo organizado en los establecimientos.
- Participación de la comunidad en los procesos de planeamiento, implementación y seguimiento de acciones por la salud.
- Monitoreo y evaluación permanente, basados en indicadores.
- Alianzas estratégicas intersectoriales para sumar esfuerzos y recursos por la mejora de la salud.

Si bien es cierto este documento plantea realizar acciones específicas que impulsen la práctica de AF, es posible que dadas las condiciones locales los esfuerzos sean principalmente integrados y articulados, es decir que faciliten políticas de promoción de salud integradas como por ejemplo el abordaje integral de la AF, los hábitos de alimentación e higiene.

3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA

Las acciones se direccionan a promover la práctica del ejercicio durante todas las etapas de vida, para lo cual se plantea lo siguiente:

3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

Los comportamientos y prácticas por la salud, al igual que el resto de valores, se construyen desde los primeros años de vida del individuo. Esto depende en gran medida del entorno familiar próximo. La niñez es una etapa de la vida en la cual se van inculcando valores y prácticas para una adecuada relación social y posibilidades de desarrollo. La educación de la persona es fundamental en esta etapa. Los niños se desarrollan y reciben la influencia de su entorno principalmente en el hogar y en la escuela, por tanto estos escenarios son fundamentales para inducir, entre otros aspectos, comportamientos saludables futuros.

Las acciones a realizar a favor de la práctica de AF en las niñas y los niños son:

- Educar a las familias para que dentro del hogar se fomente la práctica de la AF entre todos sus miembros, y en especial de las niñas y niños. Los padres de familia son elementos claves en esta acción.
- Fomentar la práctica de actividades recreativas, deportivas, y de esparcimiento para las niñas y los niños.



- Estimular a los padres de familia para que participen con sus hijas e hijos en actividades deportivas en parques, gimnasios, centros de esparcimiento, entre otros.
- Informar a los padres de familia sobre los riesgos del sedentarismo en las niñas y los niños, especialmente las horas en exceso frente al televisor, computador, juegos de videos, entre otros.
- Estimular junto con los clubes de madres u otras Organizaciones Sociales de Base (OSB), la realización de campeonatos deportivos que faciliten el esparcimiento y sana competencia entre las niñas y los niños.
- Abogar entre las autoridades políticas (gobiernos regionales, locales, sectores públicos y empresas privadas, entre otros) el apoyo e impulso del ejercicio y el deporte en las niñas y los niños. Por ejemplo construcción de infraestructura deportiva, implementación de gimnasios, remodelamiento de parques infantiles, construcción de ciclovías o similares. Así mismo fomentar el apoyo con recursos para acciones deportivas masivas dirigidos a la niñez.

3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)

La adolescencia constituye una de las etapas más importantes en la vida de las personas, se relaciona directamente con el afianzamiento de los valores, cultura, conocimientos, habilidades y prácticas para la vida. En esta etapa se determinan las bases para el futuro social y de desarrollo de las personas. La y el adolescente tiene como principales escenarios de desarrollo la vivienda, la escuela y las organizaciones del entorno (clubes de adolescentes, clubes deportivos, entre otros). Por ende, estos escenarios se constituyen en plausibles de intervención en términos de las acciones de promoción de salud en general y de la AF en particular.

Las acciones a desarrollar para promover AF en las y los adolescentes son:

- Estimular entre las y los adolescentes la práctica del ejercicio y el deporte en la escuela y en el hogar.
- Brindar información y consejería al adolescente o grupos juveniles de la localidad sobre el ejercicio, deporte y la AF, enfatizando el beneficio de éstas sobre la salud.
- Fomentar entre los padres de familia la realización de actividades recreativas y de ejercicio de manera regular con participación del y la adolescente.
- Estimular en los profesores de escuela la consejería e información para los adolescentes sobre la práctica del deporte y el ejercicio físico.
- Impulsar el desarrollo de actividades deportivas masivas entre los adolescentes al interior de las escuelas o en la comunidad.
- Estimular el uso de los medios de comunicación para la difusión de mensajes informativos y educativos dirigidos al adolescente orientados a promover la AF y el deporte.
- Fomentar la participación de las OSB y de otras instituciones en la organización y desarrollo de competencias deportivas en los clubes en donde participan.
- Establecer alianzas con el sector educación, transporte y municipalidades para el desarrollo de acciones intersectoriales que impulsen la práctica de ejercicio y de la actividad física en las y los adolescentes.
- Fomentar la participación del sector privado en acciones para motivar la práctica del deporte entre las y los adolescentes.

3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)

La adultez es la etapa de mayor productividad social de la persona y donde generalmente se adquieren responsabilidades sociales, familiares, laborales, profesionales, entre otras. El adulto a diferencia de las etapas de vida anteriores, tiene influencia en los valores y comportamientos de su entorno social, esto lo hace un referente importante en términos de intervención en salud, en virtud de que los efectos en adulto como individuo tiene un adicional resultado de "externalidad" a nivel de la familia, las amistades y círculos sociales, laborales o académicos, entre otros.



El ser adulto implica responsabilidades con el medio social de desarrollo. Las decisiones políticas son espacios de acción generalmente de las personas adultas, igual situación ocurre con los marcos legales, la inversión de recursos, la organización para el desarrollo, la moralidad y prácticas para una vida saludable.

Por ello es que las acciones de abogacía en salud que busquen el empoderamiento y un mayor nivel de información en los adultos tienen la intención de orientar cambios no sólo individuales sino también en el entorno de decisiones y de influencia que se mueven alrededor de este grupo.

Por tal motivo, las acciones en este grupo deben ser continuas y persistentes, buscando diversos espacios para el dialogo, la información, la comunicación, concertación y desarrollo de compromisos efectivos por una vida saludable.

Los adultos se desarrollan en los cinco espacios señalados por Pratt y colaboradores: hogar, escuela, centro laboral, y medio social (relacionado con el transporte y la recreación). Siguiendo esta lógica las acciones por la promoción de AF deberían encontrar su reproducción en dichos espacios.

Las acciones a desarrollar con las y los adultos implican:

- Informar y educar a los adultos y padres de familia sobre el tema de promoción de AF explicitando sus beneficios para la salud, determinantes, niveles de práctica y estrategias de abordaje.
- Fomentar entre los adultos la práctica regular de caminatas, montar en bicicleta, y similares.
- Desarrollar actividades masivas de deporte y esparcimiento por ejemplos caminatas familiares, maratones, corridas grupales en bicicleta, etc., que fomenten la participación de la familia y la comunidad.
- Estimular el uso de los medios de comunicación para la difusión de mensajes informativos y educativos dirigidos a los adultos orientados a promover la práctica de la AF.

3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años)

La adultez mayor es el transcurrir final del ciclo de vida del ser humano, y refleja el saber, experiencia y lecciones acumuladas sobre los valores, concepciones y la propia vida en general.

Este grupo poblacional está creciendo cada vez más, y con él sus necesidades acumuladas de salud y de mejoras en su calidad de vida. Desarrollar esfuerzos por mejorar la vida de este grupo constituye un compromiso social impostergable.

El grupo adulto mayor por su propia característica biopsicosocial asociada al envejecimiento, es un grupo vulnerable, especialmente en la esfera de salud. Ellos sufren una serie de dolencias crónicas que afectan en diverso grado su bienestar.

Sin embargo, este grupo puede realizar AF con una finalidad no sólo de promoción de la salud sino también con fines de prevención de complicaciones serias relacionadas con enfermedades pre-existentes.

La promoción de AF en el adulto mayor requiere de acciones moderadas para mejorar su calidad de vida. Los espacios de mayor desarrollo de este grupo son el hogar y los clubes sociales (clubes de la tercera edad, por ejemplo). Por ende las acciones deberían orientarse a dichos niveles.

Las acciones a desarrollar en esta etapa son:

- Informar a los adultos mayores y su entorno familiar sobre las ventajas para la salud de la práctica moderada de ejercicio y deporte.
- Explicitar en la familia con adultos mayores las bondades del ejercicio y el deporte para minimizar complicaciones de enfermedades crónicas presentes en el adulto mayor.



- Generar espacios para la promoción de la AF y el deporte en los clubes sociales del adulto mayor, motivando campañas, programas regulares, sesiones de información, entre otros.
- Estimular la adopción de políticas locales de salud que facilitan la práctica de AF en el adulto mayor (gimnasios gratuitos, centros de esparcimiento para el deporte, o similares).
- Promover la participación del sector privado y público en el desarrollo de acciones masivas por el deporte con participación del adulto mayor.
- Estimular el desarrollo de alianzas estratégicas entre los municipios, gobiernos regionales y sectores de gobierno y sociales para el desarrollo de programas sociales que beneficien la calidad de vida del anciano incluyendo la promoción de la salud y de la AF.

3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Dirección General de Promoción de la Salud tiene cuatro programas de intervención mediante los cuales se proponen implementar las acciones del eje temático de AF. Dichos programas son:

- Programa de Familias y Viviendas Saludables
- Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas
- Programa de Municipios y Comunidades Saludables
- Programa de Promoción de la Salud en los Centros Laborales

3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamiento y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.¹

Este Programa fomenta la constitución de *familias saludables*. En el seno de las familias se desarrollan las bases para la adopción entre sus miembros de normas, valores, conocimientos, percepciones y conductas relacionadas con la salud y el bienestar individual y colectivo; la familia es la unidad de intervención de mayor eficacia potencial en lo referente a promoción y prevención de salud.

La Promoción de la AF en el Programa de Familias y Viviendas Saludables busca dos grandes resultados: la adopción de prácticas regulares de ejercicio entre los miembros de la familia y la organización de la vivienda de modo tal que la facilite.

Las acciones a desarrollar son:

| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Abogacía y políticas públicas saludables | 1. Colocar el tema de mejora de la vivienda y sus condiciones en la agenda política local. |
| 2. Comunicación y Educación para la Salud | 1. Desarrollar acciones de educación sobre AF y promoción de salud al interior de las familias. 2. Favorecer la realización de programas en medios de comunicación a favor de la promoción de la salud y AF- 3. Favorecer estrategias comunicacionales efectivas a nivel de las familias, que faciliten la AF. |

¹ Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de Familias y Viviendas saludables. Junio



| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Participación de la comunidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a los miembros de las familias sobre el tema de AF. 2. Favorecer la acción de las personas por modificar sus viviendas de modo que faciliten acciones de promoción de la AF. 3. Promover la práctica de la actividad física en las viviendas: subir escaleras, caminar, hacer ejercicio aeróbico, entre otros. 4. Estimular el desarrollo de actividades familiares de esparcimiento, deporte y práctica regular de AF. |
| 4. Acción intersectorial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Concientizar a los líderes y actores políticos y sociales al desarrollo de esfuerzos por mejorar el entorno de las viviendas y su localización a favor de la promoción de la AF. 2. Promover el desarrollo de acciones coordinadas a favor de viviendas saludables y promotoras de AF. |

3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

El objetivo general del Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas es contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas².

El Programa busca la adopción de comportamientos saludables entre la población en edad escolar; se desarrolla en las escuelas y pone en práctica acciones de promoción de la salud en la comunidad educativa, es decir a sus actores como personal docente, directivos de escuelas, padres de familia asociados, alumnos y sus líderes (alcaldes escolares, brigadieres, policías escolares, entre otros).

Las acciones a desarrollar son:

| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Abogacía y políticas públicas saludables | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a las autoridades del sector educación, sociedad civil y gobiernos locales en el tema de promoción de AF en la escuela para desarrollar esfuerzos conjuntos. 2. Promover la unión de esfuerzos vía convenios para impulsar el tema de AF en los programas curriculares de los escolares. 3. Establecer mesas de concertación, discusión y debate para el análisis de las necesidades en salud y la identificación de esfuerzos por el aspecto educacional en promoción de la salud y AF. |
| 2. Comunicación y Educación para la salud | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar programas de capacitación sobre la importancia de la AF al personal docente de las instituciones educativas. 2. Asesorar en la definición de los contenidos curriculares en el tema de promoción de salud y AF. 3. Intercambiar metodologías pedagógicas para niños en edad escolar. 4. En las escuelas los padres deben ser sensibilizados por los profesores de aula, sobre el tema de AF, debe inculcárseles la adopción de acciones en su entorno familiar y social. 5. Convocar regularmente a las asociaciones de padres de familia para la ejecución de reuniones destinadas a realizar un balance de los esfuerzos educacionales por la promoción de la AF. |

² Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Año 2005.



| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Participación de la comunidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover que los padres y madres de familia participen activamente en las acciones de promoción de la AF en las escuelas. 2. Promover la ejecución de competencias inter-escolares a favor de la actividad física. 3. Realizar actividades como OLIMPADRES, donde padres de distintos grados educativos forman equipos y participan en diferentes disciplinas deportivas. |
| 4. Acción Intersectorial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover el buen uso de recursos para las acciones de promoción de la AF desde la escuela. 2. Orientar los esfuerzos de los otros sectores y la sociedad civil hacia la promoción de la actividad física. 4. Evidenciar los avances y alcances de las iniciativas a favor de la promoción de la AF. |

3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables

El objetivo general del Programa de Municipios y Comunidades Saludables es promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización³.

Este Programa se orienta a promover y facilitar entre los decisores del gobierno local la formulación e implementación de políticas a favor de la salud y el bienestar para la población. También busca que las personas independientemente de su condición económica, social, educacional, cultural, étnica y de género, adopten comportamientos saludables como la AF, Alimentación y Nutrición Saludable, e Higiene, entre otros.

Las acciones a desarrollar son:

| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Abogacía y políticas públicas saludables | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular e implementar políticas de salud que den énfasis a la promoción de la AF. 2. Desarrollar proyectos municipales que favorezcan el planeamiento de diseños urbanos que estimulen la AF en la población. 3. Fortalecer la red de infraestructura deportiva. 4. Facilitar el acceso de la población a escenarios para la práctica del ejercicio y el deporte. 5. Promover acciones para fortalecer la seguridad en la calles. 6. Favorecer la organización de campañas masivas por el ejercicio, a nivel comunitario. |
| 2. Comunicación y Educación para la salud | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar campañas masivas de información y comunicación a la población para fomentar la práctica de la AF. 2. Diseñar e implementar estrategias de comunicación sobre temas de AF a los diferentes actores sociales, políticos y a la población en general. 3. Desarrollar acciones educativas con las Organizaciones Sociales de Base y otras instancias comunitarias para sensibilizar e informar sobre el tema de AF. |

³ Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.



| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Participación de la comunidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover desde la municipalidad la participación de la sociedad organizada en acciones a favor de la promoción de AF. 2. Impulsar concursos, competencias que reconozcan el avance de las comunidades en la adopción de acciones a favor de AF. 3. Favorecer mecanismos que faciliten la participación activa de la comunidad en decisiones para la mejora del entorno físico y que facilite la práctica de AF. 4. Estimular en las Organizaciones Sociales de Base y líderes locales la adopción de esfuerzos colectivos para promover AF en toda la población. |
| 4. Acción intersectorial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar compromisos intersectoriales en el nivel municipal para generar condiciones un entorno favorecedor de AF (infraestructura, vigilancia ciudadana). 2. Promover espacios sociales masivos que faciliten en la población la práctica de AF (maratones, carreras de ciclismo, entre otros). 3. Movilizar a la comunidad en general para acciones masivas que faciliten la práctica de AF (sesiones masivas de caminatas, mejora de caminos, concursos entre las escuelas, sesiones deportivas). |

3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en los Centros Laborales

El Programa tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con las familias, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas⁴.

El Programa busca que dentro del ámbito laboral, los trabajadores (en su mayoría adultos) tengan espacios para la práctica regular de la AF.

Los trabajadores usualmente permanecen gran número de horas (por lo menos un tercio del día) en el centro laboral, lo que induce a considerar que este escenario es una oportunidad real de intervención. Para ello deben desarrollarse estrategias de información y de abogacía dirigidas al sector empresarial y gerencial de las empresas privadas y públicas, en un intento por estimular decisiones a favor del desarrollo de acciones específicas. Simultáneamente debe sensibilizarse a los representantes de los trabajadores (gremios sindicales, asociaciones, otros) y los propios trabajadores, a fin de destinar esfuerzos colectivos por la AF. Existen experiencias interesantes que impulsan AF entre los trabajadores logrando su participación efectiva y la disminución de morbilidad cardiovascular y de costos por servicios de salud.

Las acciones a desarrollar son:

| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Abogacía y políticas públicas saludables | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar y concientizar a empresarios privados y decisores del sector público hacia el tema de AF. 2. Fomentar la formulación e implementación de políticas laborales favorecedoras de AF entre los trabajadores. 3. Sensibilizar a los trabajadores de los sectores privados y públicos para la promoción de la AF. 4. Promover que el tema de la promoción de la AF este en la agenda pública. 5. Crear espacios para la práctica de AF en de los centros laborales. 6. Establecer mecanismos para el reconocimiento oficial del Estado de aquellos centros laborales que implementen políticas saludables que favorezcan la AF. |

⁴ Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de Promoción de la Salud en los Centros Laborales. Documento de Trabajo. Julio 2006.



| ESTRATEGIAS | ACCIONES A REALIZAR/ FACILITAR POR LA RED DE ESTABLECIMIENTOS |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Comunicación y Educación para la salud | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar acciones de educación sobre AF en el centro laboral. 2. Implementar acciones de comunicación e información sobre AF en los trabajadores. 3. Fomentar mecanismos que estimulen la información sobre los beneficios de la AF entre los trabajadores. |
| 3. Participación de la comunidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar campañas de movilización de los trabajadores a favor de la AF (caminatas, campeonatos deportivos, entre otros). 2. Favorecer acciones a favor del ejercicio físico dentro del centro laboral: uso de escaleras, caminatas cortas post-almuerzo, entre otras. |
| 4. Acción intersectorial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer convenios intrasectoriales entre salud, educación, trabajo y desarrollo social, conjuntamente con las empresas para el planeamiento y desarrollo de acciones conjuntas a favor de la AF. 2. Fomentar la inversión de recursos intersectoriales para la promoción de la salud y la AF en los trabajadores. |

El eje temático de Actividad Física a través del desarrollo de estas acciones en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, espera contribuir con la implementación del Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud.



ANEXO 01: INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE ACTIVIDAD FÍSICA

A continuación se presentan indicadores por Etapas de Vida y por Programas de Promoción de la Salud que se pueden tomar en cuenta para el seguimiento monitoreo y evaluación de las acciones del Eje Temático de AF.

| NIVELES DE ACCIÓN | INDICADORES | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Estructura | Proceso | Resultado |
| Personas | % población que conoce los beneficios de AF. % de población que conoce el mínimo requerido de AF para mantenerse saludable. | % de personas que participan en acciones masivas a favor de AF. % de personas que reciben educación en AF. | % de personas que refieren práctica de AF, diferenciados por sexo y grupo de edad. |
| Familia | % de familias informadas sobre aspectos de AF. | % de familias que participan en acciones masivas a favor de AF. | % de familias cuyo jefe refiere realizar AF. |
| Comunidad | Nº organizaciones sociales convocadas para desarrollar acciones conjuntas en promoción de AF salud. | % de organizaciones sociales que participan en acciones relacionadas a la AF. | % de organizaciones sociales que desarrollan acciones específicas a favor de la promoción de la AF. |
| Instituciones Educativas | % de docentes capacitados en temas de AF. | % de instituciones educativas con planes de estudio y cursos que desarrollen la práctica de AF. | % de alumnos que refieren práctica de AF, diferenciados por sexo y grupo de edad. |
| Centro Laboral | % de centros laborales que tienen programas que impulsan AF. | % de centros laborales que facilitan la AF al interior de su ámbito físico. | % de trabajadores que conocen el mínimo requerido de AF para mantenerse saludables. |
| Gobiernos Locales | % gobiernos locales que planifican proyectos para promover AF. | % gobiernos locales que ejecutan planes de trabajo que consideren aspectos de AF. | % de líderes vecinales que participan en el desarrollo de los planes de trabajo y/o proyectos de los gobiernos locales que consideran aspectos de AF. |
| Ambiente y políticas | Nº de proyectos integrales a favor de AF. % de organizaciones públicas involucradas en proyectos o acciones pro AF. Nº de empresas privadas que apoyan acciones de promoción de AF. | Políticas a favor de la seguridad en las calles. Políticas de regulación del transporte público. Políticas para la práctica de deportes (seguridad, gratuidad). | % de la infraestructura de una jurisdicción para la práctica de caminatas y uso de bicicletas. % de espacios públicos destinados a la práctica de la AF. |



ANEXO 02: LISTADO DE ACRÓNIMOS

| | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AF: | Actividad Física |
| CDC: | Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades – Estados Unidos de América. |
| ENT: | Enfermedades No Transmisibles |
| MINSA: | Ministerio de Salud |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| OSB: | Organizaciones Sociales de Base |
| OPS: | Organización Panamericana de la Salud |
| PS: | Promoción de la Salud |

ANEXO 03: METODOLOGÍAS E INSTRUMENTOS DE SOPORTE A LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

1. Instrumentos de gestión para promover la Actividad Física

El personal de salud requiere de un conjunto de instrumentos básicos para realizar una gestión sanitaria con énfasis en la promoción de la salud y de la AF.

Los instrumentos básicos son:

- Planes de acción integrados.
- Normas administrativas que faciliten los esfuerzos por la promoción de la salud y de la AF.
- Marco teórico referencial sobre promoción de salud y AF.
- Guías para la comunicación efectiva en promoción de salud.
- Guías para la educación e información en salud para adultos.
- Herramientas para la negociación efectiva.
- Sistemas de información que capturen y valoren las acciones de promoción de la salud.
- Herramientas para el monitoreo de acciones.
- Metodologías para investigación operativa y evaluación

2. Instrumentos para la medición de la práctica de la Actividad Física

En el año 1998 la OMS y el CDC realizaron esfuerzos por desarrollar instrumentos de medición rápidos en su afán de determinar la prevalencia de AF en la población general.

El IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) es un instrumento robusto y con validez y confiabilidad aceptado internacionalmente. Actualmente es utilizado regularmente en más de 20 países del mundo.

Tiene dos versiones, la versión corta usada sobre todo para estudios rápidos de prevalencia de alcance nacional y una versión larga usada preferencialmente para el estudio local de factores



relacionados con AF.

Se propone en la red de establecimientos el uso de estos cuestionarios según las necesidades locales de información. Es probable que requieran ser adaptados a cada escenario pero se recomienda no realizar cambios sustantivos a fin de mantener su validez y confiabilidad.

Los cuestionarios internacionales sobre actividad física (IPAQ) comprenden una serie de 4 cuestionarios. Las versiones disponibles son: largos (5 campos de actividad sobre los que se pregunta individualmente) y cortos (4 ítems genéricos), para ser utilizados por vía telefónica o auto administrados. La finalidad de estos cuestionarios es proporcionar instrumentos comunes que puedan usarse para obtener información internacional comparable sobre la actividad física relacionada con la salud.

Antecedentes de IPAQ

El desarrollo de un sistema de medición internacional de la actividad física comenzó en Ginebra en 1998, y continuó con ensayos extensivos de confiabilidad y validación llevados a cabo en 12 países (14 lugares), en 6 continentes durante el 2000. Los resultados finales sugieren que estas mediciones tienen atributos aceptables de medición para aplicar en muchos escenarios y en diferentes idiomas y son adecuados para los estudios de prevalencia basados en poblaciones nacionales sobre la participación en la AF.

El uso de IPAQ

Se alienta el uso de los instrumentos de IPAQ a nivel mundial para fines de monitoreo e investigación. Se recomienda no cambiar el orden o lenguaje de las preguntas, ya que esto afectaría las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Traducción del inglés y adaptación cultural

Se apoya la traducción del inglés para facilitar el uso mundial de IPAQ. La información sobre la disponibilidad de IPAQ en diferentes lenguas puede obtenerse en www.ipaq.ki.se. Si se emprende una nueva traducción, recomendamos fuertemente el uso de los métodos de traducción disponibles en el sitio web. De ser posible, por favor piense en hacer que su versión traducida de IPAQ esté disponible para otros como contribución al sitio Web de IPAQ. Detalles adicionales sobre la traducción y la adaptación cultural pueden descargarse desde el sitio Web.

Desarrollos adicionales de IPAQ

La colaboración internacional con IPAQ está en marcha y un *Estudio Internacional de Prevalencia de Actividad Física* está en progreso. Para información adicional vea el sitio Web.

Más Información

Información más detallada sobre el proceso de IPAQ y los métodos de investigación utilizados para desarrollar los instrumentos de IPAQ se encuentran disponibles en www.ipaq.ki.se y en Booth, M.L (2000). *Assessment of Physical Activity: An International Perspective. Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(2):s114-20.

Otras presentaciones y publicaciones científicas sobre el uso de IPAQ se resumen en el sitio Web: www.ipaq.ki.se



CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA IPAQ

VERSIÓN CORTA. FORMATO AUTOADMINISTRADO - ULTIMOS 7 DIAS
PARA USO CON JOVENES Y ADULTOS DE MEDIANA EDAD (15- 69 años)

Estamos interesados en averiguar acerca de los tipos de actividad física que hace la gente en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuantos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ días por semana

Ninguna actividad física intensa *Vaya a la pregunta 3*

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total se dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.

_____ días por semana

Ninguna actividad física moderada *Vaya a la pregunta 5*

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.



5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

_____ días por semana

Ninguna caminata *Vaya a la pregunta 7*

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un día hábil?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe / No está seguro

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA IPAQ

VERSIÓN LARGA. FORMATO AUTO ADMINISTRADO - ÚLTIMOS 7 DÍAS PARA USO CON JÓVENES Y ADULTOS DE MEDIANA EDAD (15-69 años)

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los **últimos 7 días**. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades **vigorosas** y **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades **vigorosas** son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal.

PARTE 1: ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON EL TRABAJO

La primera sección es relacionada con su trabajo. Esto incluye trabajos con salario, agrícola, trabajo voluntario, clases, y cualquier otra clase de trabajo no pago que usted hizo fuera de su casa. No incluya trabajo no pago que usted hizo en su casa, tal como limpiar la casa, trabajo en el jardín, mantenimiento general, y el cuidado de su familia. Estas actividades serán preguntadas en la parte 3.



1. ¿Tiene usted actualmente un trabajo o hace algún trabajo no pago fuera de su casa?

Sí

No *Pase a la PARTE 2: TRANSPORTE*

Las siguientes preguntas se refieren a todas las actividades físicas que usted hizo en los últimos 7 días como parte de su trabajo pago o no pago. Esto no incluye ir y venir del trabajo.

2. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas **vigorosas** como levantar objetos pesados, excavar, construcción pesada, o subir escaleras **como parte de su trabajo**? Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

_____ días por semana

Ninguna actividad física vigorosa relacionada con el trabajo

Pase a la pregunta 4

No sabe/No está seguro(a)

3. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas **vigorosas** en uno de esos días que las realiza como parte de su trabajo?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

4. Nuevamente, piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo Usted actividades físicas **moderadas** como cargar cosas ligeras **como parte de su trabajo**? Por favor no incluya caminar.

_____ días por semana

No actividad física moderada relacionada con el trabajo

Pase a la pregunta 6

5. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas **moderadas** en uno de esos días que las realiza como parte de su trabajo?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

6. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días **caminó** usted por lo menos 10 minutos continuos **como parte de su trabajo**? Por favor no incluya ninguna caminata que usted hizo para desplazarse de o a su trabajo.

_____ días por semana



Ninguna caminata relacionada con trabajo

Pase a la PARTE 2: TRANSPORTE

7. ¿Cuánto tiempo en total pasó generalmente **caminado** en uno de esos días como parte de su trabajo?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 2: ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON TRANSPORTE

Estas preguntas se refieren a la forma como usted se desplazó de un lugar a otro, incluyendo lugares como el trabajo, las tiendas, el cine, entre otros.

8. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **viajó** usted en un **vehículo de motor** como un tren, bus, automóvil, o tranvía?

_____ días por semana

No viajó en vehículo de motor *Pase a la pregunta 10*

9. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **viajando** en un tren, bus, automóvil, tranvía u otra clase de vehículo de motor?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Ahora piense únicamente acerca de **montar en bicicleta** o **caminatas** que usted hizo para desplazarse a o del trabajo, haciendo mandados, o para ir de un lugar a otro.

10. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **montó** usted en **bicicleta** por al menos 10 minutos continuos para ir **de un lugar a otro**?

_____ días por semana

No montó en bicicleta de un sitio a otro *Pase a la pregunta 12*

11. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **montando** en **bicicleta** de un lugar a otro?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

12. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **caminó** usted por al menos 10 minutos continuos para ir **de un sitio a otro**?



_____ días por semana

No caminatas de un sitio a otro *Pase a la PARTE 3: TRABAJO DE LA CASA, MANTENIMIENTO DE LA CASA, Y CUIDADO DE LA FAMILIA*

13. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días caminando de un sitio a otro?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 3: TRABAJO DE LA CASA, MANTENIMIENTO DE LA CASA Y CUIDADO DE LA FAMILIA

Esta sección se refiere a algunas actividades físicas que usted hizo en los últimos 7 días en y alrededor de su casa tal como como arreglo de la casa, jardinería, trabajo en el césped, trabajo general de mantenimiento, y el cuidado de su familia.

14. Piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas vigorosas tal como levantar objetos pesados, cortar madera, palear nieve, o excavar en el jardín o patio?

_____ días por semana

Ninguna actividad física vigorosa en el jardín o patio

Pase a la pregunta 16

15. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas vigorosas en el jardín o patio?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

16. Nuevamente, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, barrer, lavar ventanas, y rastrillar en el jardín o patio?

_____ días por semana

Ninguna actividad física moderada en el jardín o patio

Pase a la pregunta 18

17. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas en el jardín o patio?

_____ horas por día



_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

18. Una vez más, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como cargar objetos livianos, lavar ventanas, estregar pisos y barrer **dentro de su casa**?

_____ días por semana

Ninguna actividad física moderada dentro de la casa

Pase a la PARTE 4: ACTIVIDADES FÍSICAS DE RECREACIÓN, DEPORTE Y TIEMPO LIBRE

19. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **moderadas** dentro de su casa?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 4: ACTIVIDADES FÍSICAS DE RECREACIÓN, DEPORTE Y TIEMPO LIBRE

Esta sección se refiere a todas aquellas actividades físicas que usted hizo en los **últimos 7 días** únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer. Por favor no incluya ninguna de las actividades que ya haya mencionado.

20. Sin contar cualquier caminata que ya haya usted mencionado, durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **caminó** usted por lo menos 10 minutos continuos **en su tiempo libre**?

_____ días por semana

Ninguna caminata en tiempo libre *Pase a la pregunta 22*

21. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **caminando** en su tiempo libre?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

22. Piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **vigorosas** tal como aeróbicos, correr, pedalear rápido en bicicleta, o nadar rápido en su **tiempo libre**?

_____ días por semana

Ninguna actividad física vigorosa en tiempo libre

Pase a la pregunta 24



23. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas vigorosas en su tiempo libre?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

24. Nuevamente, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como pedalear en bicicleta a paso regular, nadar a paso regular, jugar dobles de tenis, en su tiempo libre?

_____ días por semana

Ninguna actividad física moderada en tiempo libre

Pase a la PARTE 5: TIEMPO DEDICADO A ESTAR SENTADO(A)

25. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas en su tiempo libre?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 5: TIEMPO DEDICADO A ESTAR SENTADO(A)

Las últimas preguntas se refieren al tiempo que usted permanece sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto incluye tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión. No incluya el tiempo que permanece sentado(a) en un vehículo de motor que ya haya mencionado anteriormente.

26. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día en la semana?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

27. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día del fin de semana?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Este es el final del cuestionario, gracias por su participación.



1. Bouchard C. Physical activity and health: Introduction to the dose-response symposium Med & Science in Sports & Exerc Suppl 2001: 33 June (6): 347-50.
2. Bronner L, Kanter D, Manson J. Primary prevention of stroke. N Engl J Med 1995; 333:1392-1400.
3. Byrne A, Byrne DG. The effect of exercise on depression, anxiety and other states: a review. J Psychosom Res 1993; 37: 565-574.
4. Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Amaral LC, Mesquita L, Ribeiro L. Rede Brasileira de Habitacao Saudavel: Habitacao saudavel como estrategia sinergica da saude da familia no Brasil. En Proyecto para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, Serie Técnica N° 8: "Experiencias y desafíos en salud de la familia: Caso Brasil". Organización Panamericana de Salud, Brasil, Brasilia 2004.
5. Employers in The United States promote healthy lifestyles in order to reduce health care expenditures. Rev Pan Salud Publica 2003, 14(4): 293-295.
6. Informe sobre la actividad física en horas libres y en horas de trabajo en población estadounidense. Rev Pan Salud Pública 2003, 14(4): 289-291.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, PERU. Práctica deportiva en los hogares urbanos. Lima, Perú. 1997.
8. Jacoby E, Goldstein J, Lopez A, Nuñez E, Lopez T. Social class, family, and lifestyle factors associated with overweight and obesity, among adults in Peruvian cities. Preventive Medicine 2003, 37: 396-405.
9. Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. Rev Panam Salud Publica 2004, 15(4):278-284.
10. Kahn E, Ramsey L, Brownson R, Heath G, Howze E et al. The Effectiveness of Interventions of Increase Physical Activity. Am J Prev Med 2002: 22(4S): 73-107.
11. Kilander L, Berglund L, Boberg M, et al. Education, lifestyle factors and mortality from cardiovascular disease and cancer. A 25-year follow-up of swedish 50-year-old men. Int J Epidemiol 2001; 30:1119-1126.
12. Luoto R; Latikka P, Pukkala E et al. The effect of physical activity on breast cancer risk: A cohort study of 30,548 women. Eur J Epidemiol 2000; 16:973-980.
13. M. Van Gelder, M. A.R. Tijhuis, S. Kalmijn, S. Giampaoli, A. Nissinen, and D. Kromhout. Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men: The FINE Study. Neurology 2004 63: 2316-2321.
14. Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ et.al. Physical activity and incidence on non-insuline-dependent diabetes mellitus in women. Lancet 1991; 338:774-778.



15. Marmot M,G., Richard G. Wilkinson. Social Determinants of Health. Oxford University, New York 1999.
16. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Andrade E, De Oliveira L, Braggion G. The Agita Sao Paulo Program as a model for using physical activity for promote health. *Rev Panam Salud Pública* 2003, 14(4): 265-272.
17. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA* 2001: 286:1195-200.
18. Pate R, Pratt M, Blair S, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine, *JAMA* 1995; 273:402-407.
19. Physical activity and health: A Report of the Surgeon General, Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1996.
20. Pratt M, Jacoby E, Neiman A. Promoting physical activity in the Americas. *Food and Nutrition Bulletin* 2004, 25(2): 183-193.
21. Rich-Edwards J, Manson J, Hennekens, Buring J. The primary prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1995; 322: 1758-1766.
22. Rosenbaun M, Leibel R, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 396-407.
23. Salinas J, Vio F. Promoción de Salud y Actividad Física en Chile: política prioritaria. *Rev Panam Salud Pública*. 2003, 14 (4): 281-288.
24. Seclen S, Leey C, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, Vargas R. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad, como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva el Perú. Lima, Perú, Premio Roussel 1997.
25. Seclen-Palacin J, Enfoque de salud familiar y su potencial contribución en los objetivos de desarrollo del milenio. Proyecto para el desarrollo de sistemas y servicios de salud. Serie Técnica N° 8: Experiencias y desafíos en salud de la familia: Caso Brasil. Organización Panamericana de Salud, Brasilia 2004.
26. Seclen-Palacin J, Jacoby E. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Rev Panam Salud Publica* 2003, 14(4): 255-264.
27. Snow-Harter C, Marcus R. Exercise, bone mineral density, and osteoporosis. *Exerc Sport Sci Rev* 1991; 19: 351-88.
28. Torres-Lao R, La priorización del cáncer en el Perú. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Lima, Perú. 2001.
29. Tuomiletho J, Lindstrom J, Eriksson J, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose intolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-1350.
30. World Health Organization: Sedentary lifestyle: a global public health problem. Geneva: World Health Organization. 2002.





**Modelo de Abordaje
de promoción de la salud en el Perú,
acciones a desarrollar en el eje temático de
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Elaborado por:
Marlene Magallanes Corimanya
Gina Rojo Franco
Gloria Arcos Paredes

Consultor: Griselda Pérez Luna

Colaboración: Elsy Mini Díaz

Revisión: María Elena Flores Ramirez

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCCIÓN | 155 |
| CAPÍTULO I | 156 |
| 1.1 SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PERÚ | 156 |
| 1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 162 |
| CAPÍTULO II | 165 |
| 2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 165 |
| 2.2 DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 166 |
| CAPÍTULO III | 169 |
| 3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 169 |
| 3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA | 169 |
| 3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años) | 169 |
| 3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años) | 170 |
| 3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años) | 172 |
| 3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 años a más) | 175 |
| 3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | 177 |
| 3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 177 |
| 3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | 178 |
| 3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 179 |
| 3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales | 181 |
| ANEXO 01: INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 183 |
| BIBLIOGRAFÍA | 186 |



La promoción de la salud constituye un proceso político social y una estrategia que puede contribuir efectivamente en la mejora de la calidad de vida y la construcción de una sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de *salud como un proceso social*, resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local. Desde esta perspectiva, la promoción de la salud considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales.

La promoción de salud involucra el fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual para enfrentar la multiplicidad de determinantes que condicionan la salud; y al considerar la salud como resultado de un proceso social rompe el paradigma de la medicalización de la salud.

Para el caso de la promoción de la salud sexual y reproductiva, ésta se enmarca en los derechos humanos orientados a asegurar la dignidad de la persona, en su dimensión individual y social. El derecho a la salud, incluyendo la Salud Sexual y Reproductiva, abarca no solo una atención oportuna y apropiada, sino también abordan los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud con un enfoque de equidad, género e interculturalidad.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Es por ello que las **Acciones a desarrollar para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva**, propone un trabajo intersectorial y multisectorial, partiendo de un análisis situacional, para luego determinar las acciones a ejecutarse durante la etapa de vida niña/a, adolescente, adulto mujer y hombre, y adulto mayor mujer y hombre, en el contexto familiar, comunitario, educativo y laboral.

La salud integral para todos los peruanos, incluyendo la sexual y reproductiva, es una meta prioritaria en nuestro país. En la búsqueda de este objetivo y en cumplimiento de los compromisos internacionales, del Acuerdo Nacional y de los Lineamientos de Política sectoriales, el Ministerio de Salud norma las políticas para la promoción de la salud sexual y reproductiva diseñando estrategias según escenarios y sujetos de intervención.

Entendiendo esta premisa, la Dirección General de Promoción de la Salud pone a disposición este documento que pretende ser orientador en la implementación de los planes y programas en el sector salud, así como para otras instituciones interesadas en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, proponiendo asimismo la articulación con otros sectores e instituciones a nivel nacional, regional y local.



1.1 SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PERÚ

La situación de salud de la mujer depende de múltiples factores, siendo de gran importancia tener en cuenta los determinantes sociales en la salud.

En la etapa reproductiva los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, requieren de un abordaje integral, con enfoque de riesgo, de género, de interculturalidad y de derechos, para ello es fundamental que las instituciones de salud, tengan la capacidad resolutive de acuerdo a la categorización establecida para que oferten servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades y las expectativas de la población. Asimismo se requiere contar con recursos humanos con competencia técnica y con habilidades y destrezas relacionadas a una atención de calidad, calidez y oportuna.

La mujer en sus diversas etapas de vida presenta problemas biológicos, psicológicos y sociales, así tenemos en la etapa reproductiva:

FECUNDIDAD:

La ENDES continua 2004¹, señala una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer, observando una reducción de 44%, respecto a la misma tasa obtenida en la ENDES 1986.

En el Cuadro N° 1, se observa la disminución de la TGF obtenidas de las últimas cinco encuestas demográficas y salud familiar (ENDES).

Cuadro N° 1
Evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad y tasa global
Según ENDES 1986-2004

| Grupos de edad | ENDES 1986 | ENDES 1991-92 | ENDES 1996 | ENDES 2000 | ENDES 2004 |
|----------------|------------|---------------|------------|------------|------------|
| 15-19 | 79 | 74 | 75 | 66 | 61 |
| 20-24 | 184 | 200 | 179 | 140 | 113 |
| 25-29 | 199 | 193 | 162 | 134 | 115 |
| 30-34 | 161 | 157 | 140 | 112 | 108 |
| 35-39 | 122 | 109 | 99 | 79 | 66 |
| 40-44 | 64 | 47 | 44 | 32 | 19 |
| 45-49 | 14 | 14 | 7 | 6 | 3 |
| Tasa global | 4.3 | 4.0 | 3.5 | 2.9 | 2.4 |

Nota: Tasas para los tres años que precedieron cada encuesta.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, 2001. p. 49. Actualizada al ENDES continua 2004. p. 17)

¹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, 2001. p. 49. (Actualización de datos con el Informe Preliminar ENDES Continua 2004, p. 7).



El nivel de fecundidad no es uniforme en todo el país, presenta marcadas diferencias según el nivel educativo de la mujer, el nivel de urbanización y el departamento de residencia (INEI, 2001).

La TGF en el país sería de 1.5 hijos en promedio por mujer si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos. La tasa global observada –como se muestra en el cuadro N° 1 - es de 2.4 hijos en promedio por mujer, un hijo más que los deseados, es decir un 60 % más alta que la *tasa global de fecundidad deseada*. En la ENDES 2000 la tasa global de fecundidad deseada fue de 1.8 hijos en promedio por mujer.

ATENCIÓN PRENATAL Y PARTO

Según ENDES continua 2004, el 91 % de las mujeres, en el embarazo del nacimiento más reciente, recibieron atención prenatal de profesionales de la salud: médicos, obstetrices y enfermeras. La brecha urbano/rural ha sido acortada de manera importante (97% en zona urbana y 82% en zona rural respectivamente). El 18% en el área rural no está cubierto y en un 8% a nivel nacional. En la Selva, el 79 % de las mujeres reciben atención prenatal por profesionales de la salud, en comparación con el 99 % en Lima Metropolitana.

Las diferencias más importantes se presentan según el nivel educativo de las mujeres, puesto que la atención prenatal por profesionales cubre al 77 % de las mujeres sin educación y llega al 98 % entre las mujeres con educación superior.

El 70 % de los **partos** fueron **institucionales**, con diferencias significativas sólo para las mujeres de mayor paridad (29%) y las mujeres sin educación (25%). El 65% de los partos ocurrieron en establecimientos del sector público, lo cual significa que del total de partos en establecimientos de salud el 92% corresponde al sector público. Al igual que para la atención del parto por profesionales de la salud, los menores niveles de partos institucionales se encuentran en la Sierra (50%) y en el área rural (44%)².

En cuanto al consumo de **suplemento de hierro** la ENDES continua 2004, reporta el 65% de consumo en mujeres gestantes con nacimiento más reciente, esta cifra disminuye en mujeres sin educación a un 46%. Fecundidad y embarazo en Adolescentes

El 13% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres (10.7%) o están gestando por primera vez (2.3%) (INEI, 2000). Las tasas de fecundidad de adolescentes se han mantenido relativamente estables y han sufrido una disminución mucho menor que la TGF.

Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se ubican en las zonas rurales y entre las que tiene menor nivel de educación.³

En un análisis de la ENDES, Raguz, (2002)⁴, evidenció que un 64% de las adolescentes gestantes no deseaba esa gestación. Asimismo la ENDES 2000 evidenció que sólo un 25% de las adolescentes de 15 a 19 años desean por lo menos ser madres alguna vez, siendo el número ideal de uno a dos hijos. El embarazo no deseado caracteriza a la mayoría de adolescentes gestantes, sin diferencia educativas, ni urbano-rurales (Ragúz 2002).

Entre las principales razones por las que se embarazan las adolescentes diferentes estudios aportan datos, Quintana & Vásquez Del Aguila (1999), Cáceres (1999)⁵ y Vargas, Vargas y Pérez Luna, (2000)⁶ refieren

² Ibid. p. 19

³ Ibid. p. 56

⁴ CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTÁN; MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003. p. 57

⁵ CACERES, Carlos. La reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los Jóvenes de Lima a la vuelta de milenio. Lima, REDESS jóvenes, 1999. p. 111.

⁶ VARGAS Rosana, VARGAS Elizabeth y PEREZ LUNA, Griselda. Guías Para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente. Lima, Redess jóvenes, 2000. p. 47-48.



que las causas principales son los valores familiares trastocados y la crisis social generalizada. Se menciona como factores el abuso sexual, la falta de información tanto de padres como de hijos y la inadecuada comunicación entre ellos.

En el caso del varón se presentan motivaciones ligadas a los mandatos culturales respecto a ser “hombre” y a su propia “masculinidad”, donde él construye su identidad social sometiénendose a pruebas de “valentía” y riesgos y dejando de lado medidas de prevención.

Se señala asimismo que existen dificultades de acceso a métodos anticonceptivos debido a que los adolescentes se inhiben de acudir a los establecimientos de salud por temor de ser censuradas/os por sus padres o por la sociedad. Otros factores señalados son la percepción del futuro como incierto y con escasas posibilidades de desarrollo.

EDAD DE INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL

Según la ENDES 2000 el porcentaje de las mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años representó el 8.3%, las que lo hicieron antes de los 18 años el 38.2%, mientras que el 58.2% lo hizo antes de cumplir los 20 años. En el 2000, el 5.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años habían tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

Quintana & Vásquez (1999) y Cáceres (1999) al igual que otros estudios encontraron que el patrón de edad de inicio sexual se diferencia de acuerdo al sexo. La edad promedio de inicio sexual era de 15.2 en las mujeres y 14.5 en los varones. Los hombres comienzan su vida sexual antes.

Respecto a la elección de la primera pareja sexual, tanto los estudios de Cáceres, como el de Quintana & Vásquez reportan la presencia de la enamorada o enamorado, fundamentalmente en las mujeres, los varones señalan el inicio sexual con una amiga. Las trabajadoras sexuales casi no son mencionadas entre los adolescentes, pero cobran importancia relativa entre jóvenes adultos.

Las y los adolescente no iniciados sexualmente, al ser preguntados sobre su proyección sobre el inicio sexual señalan dos condiciones: la presencia de un afecto sincero y el deseo de estabilidad.⁷

Una manifestación de la sexualidad que cobra importancia en la adolescencia es la aparición de relaciones de enamoramiento. Entre las mujeres está presente la desilusión y la decepción provocada por las razones poco equitativas en que se desarrollan la relación con los enamorados donde tienen que asumir un rol pasivo y en los varones se encuentra muy presente la prescripción respecto al control y dominio de las emociones debido a la fantasía de que el enamoramiento genera una situación de vulnerabilidad que las mujeres pueden utilizar.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NECESIDAD INSATISFECHA

Los resultados de la ENDES continua 2004⁸ revelan que siete de cada diez mujeres en unión conyugal (71%) usaban algún método anticonceptivo, lo que representa un incremento de dos puntos porcentuales al encontrado en la ENDES 2000. Este pequeño incremento correspondió casi en su totalidad a los métodos tradicionales, cuya prevalencia pasó de 18 a 22% entre ambas encuestas; mientras que el uso de métodos modernos se redujo de 50 a 47% entre ambos periodos.

En cuanto al uso de métodos modernos específicos, la inyección continúa siendo el método más utilizado (11%) a pesar que disminuyó cuatro puntos porcentuales respecto a la ENDES 2000. Entre los métodos modernos que disminuyeron el porcentaje de uso, se encuentra la esterilización femenina que pasó de 12

⁷ Ibíd. p. 146

⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (Informe preliminar). Lima, 2005. p 12.



a 10%, el DIU de 9 a 7% entre el 2000 y el 2004. Sin embargo, el uso del condón se ha incrementado en tres puntos porcentuales al pasar de 6 a 9% en el mismo periodo.

De todos los métodos, ya sean modernos o tradicionales, el ritmo o abstinencia periódica continúa siendo el más utilizado. Es significativo su uso en mujeres que tienen entre 25 y 44 años de edad, en las que tienen menor nivel educativo, y entre las que tienen uno, dos, cuatro o más hijos.

Según la ENDES continua 2004, la prevalencia anticonceptiva por edad es menor entre las mujeres de 15 a 19 años (57%). Según Ragúz, es preocupante que el segundo método más usado en adolescentes sea el ritmo especialmente cuando un 77% de ellas no es capaz de identificar su ciclo fértil. Las altas tasas de discontinuidad de métodos se deben no solo a efectos colaterales sino también a embarazos no deseados, en la mayoría de casos.

La ENDES continua 2004, señala que el 9% de las mujeres casadas o unidas estarían con **necesidad insatisfecha de planificación familiar** (10% en el año 2000). Cabe resaltar, que la necesidad insatisfecha es mayor entre las mujeres más jóvenes, 17% de las adolescentes (15 a 19 años), en comparación con apenas el 5% entre las mujeres de 45 a 49 años de edad.

MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO

Según la ENDES 2000, la tasa promedio nacional de mortalidad materna es de 185 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos.

Para el año 2000, la tasa entre las mujeres de 15 a 19 años era de 308 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior en 60% a la tasa promedio nacional.

Según Ferrando (2004)⁹ el porcentaje de muertes maternas que corresponden a adolescentes luego de haber descendido en los años 2000 y 2001 (11.9% y 11.1% respectivamente) volvió a incrementarse los años 2002 y 2003 (14.5% y 15.7% respectivamente).

Cuadro N° 2
Adolescentes (%) que mueren por causas maternas
Años: 1997- 2003(*)

| Año | Muertes Maternas | % adolescentes |
|------|------------------|----------------|
| 1997 | 769 | 15.6 |
| 1998 | 739 | 15.6 |
| 1999 | 691 | 13.3 |
| 2000 | 655 | 11.9 |
| 2001 | 656 | 11.1 |
| 2002 | 567 | 14.5 |
| 2003 | 550 | 15.7 |

FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Presentación en power point hecha el día 28 de Mayo 2004.

⁹ FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Presentación en power point hecha el día 28 de Mayo 2004.



Según el Ministerio de Salud en el año 1998 el 11% de las muertes maternas se debió a aborto y el 88 % a causas obstétricas directas (hemorragias en el embarazo y en el parto, infecciones en el aparato genitourinario, parto obstruido o complicaciones en el puerperio) correspondiendo el mayor número de casos (51%) a mujeres en edades entre 15 y 24 años (CLADEM 2002).

Entre las causas asociadas a la mortalidad materna, Anderson y col. (2000)¹⁰ en un estudio de muerte materna en zonas rurales del país, señala la escasa valoración de las mujeres en sus entornos familiares y comunales a lo cual se ha aunado la intensificación de su trabajo debido a migraciones laborales forzosas de la familia, convirtiéndose el puerperio en peligroso debido a la escasez de mano de obra en los núcleos familiares, y debido a que el poder de decisión sobre los recursos del grupo familiar que se requieren utilizar en caso de riesgo obstétrico, no está en manos del esposo (quien generalmente valora más a la mujer) sino de la mujer o varón mayor de la familia.

Otro elemento que según Jeanine Anderson está presente en las muertes maternas es la “aversión al riesgo” y el acceso a dinero efectivo. El primero se explica en economías de escasez e inseguridad donde se teme una inversión sin que se confirme indiscutiblemente un riesgo real de muerte de la mujer embarazada.

Los bajos niveles en el uso de servicios de salud por parte de las mujeres embarazadas en el país son también un reflejo de las barreras étnicas y culturales, combinadas con los bajos niveles de educación femenina, según la investigadora antes mencionada.

ITS /VIH SIDA

En el país de un total de 16,917 casos de SIDA notificados hasta el 31 de Mayo de 2005 -casos acumulados 1983-2004 - al Ministerio de Salud, el 1% de ellos fueron transmitidos por vía parenteral, un 2% por vía vertical y un 97% por vía sexual.¹¹

Al 2003 se notificaron 1,071 casos de SIDA y 2,395 casos de VIH. A Mayo del 2005 se han notificado 699 casos de SIDA y 1,837 casos de VIH.

La razón de la enfermedad Hombre/Mujer se está acortando, así en el año 1990 la razón fue de 11.3 a 1 y en el año 2004 la razón se estimó en 3.32 a 1.

Según datos aportados por el MINSA, en el 2001, la mayoría de personas con SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes (70% del total de casos corresponden a personas entre 20 y 39 años). La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del nivel de riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En la ENDES continua 2004 se hicieron preguntas sobre uso de condón a las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

El uso del condón está poco extendido entre las mujeres pues tan solo el 9% de éstas lo usaron en su última relación sexual con su esposo o compañero. Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 15-19 años (10%) y aquéllas que se encuentran en el tramo reproductivo de 30-39 años (11%); así como en las mujeres con residencia en el área urbana (11%) y entre éstas las que residen en Lima Metropolitana (12%) y las que tienen algún año de educación superior (16%)¹².

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En el año 1998, la Policía Nacional registró 4,677 casos de violación sexual, y en 1999 la cifra descendió ligeramente a 4,126. En 1,999, un 35% de los casos ocurrió en Lima y el 17% en la costa norte del país, 11% en la sierra sur, 10% en la selva y 6% en la sierra central (CLADEM 2002).

¹⁰ ANDERSON, Jeanine y col. Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Lima, 2000.

¹¹ Oficina General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Lima, Mayo, 2005.

¹² Ibíd. P.



Durante el primer semestre del año 2003, el Instituto de Medicina Legal realizó 4.996 atenciones en el servicio de Obstetricia y Sexología Forense a mujeres y niñas víctimas de delitos contra la libertad sexual (violación, seducción y actos contra el pudor). El grupo etáreo femenino más afectado por este tipo de violencia lo conformaron las mujeres entre los 6 y 17 años, representando el 76% (3.809) del total de víctimas mujeres afectadas. Según estas cifras, durante el primer semestre del 2003 se atendieron a 27 casos de mujeres afectadas al día, más de 1 mujer víctima por hora.

La ENDES continua 2004, señala que la forma más común de violencia reciente son los empujones, sacudidas o le tiraron con algo, informada por el 11% de las mujeres alguna vez unidas; y las bofetadas o retorcidas de brazo (8%), situaciones que se observan especialmente entre las mujeres que residen en la Sierra; tienen educación secundaria; y las de menor edad (15 -24 años).

Con relación a si hubo episodios de violencia alguna vez durante la relación con la pareja, se puede apreciar que más de la tercera parte de las mujeres (35%), informaron haber sufrido en algún momento empujones, sacudidas o les tiraron con algo por parte de la pareja; y el 8% han sido alguna vez abofeteadas o les retorcieron el brazo.

El 10% informaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales en algún momento, con considerables diferencias para los grupos estudiados: el 17% entre las mujeres sin educación, las residentes en la Sierra (12%) y aquellas mujeres con edades de 40 y más años (13%).

Si bien el 24% de mujeres reportaron golpes con puño u objeto alguna vez, existen también algunas diferencias en este caso. El tipo de violencia es mayor en mujeres con edades entre 35 a 39 años, las que residen en la Selva; y las que tienen educación primaria.¹³

Según el estudio multicéntrico de la OMS¹⁴ sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres, en la ciudad de Lima el 51% de las mujeres entrevistadas, actualmente con pareja o que anteriormente tuvieron pareja, reporta haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de su pareja. En el departamento del Cusco esta prevalencia se eleva al 68.9%.

El mayor peso relativo se ubica en la violencia física con el 48.4% y 60.9% de mujeres violentadas en Lima y Cusco respectivamente. La violencia sexual perpetrada por la pareja ha sido experimentada alguna vez por casi la mitad de las mujeres en edad fértil (46.6%) del departamento del Cusco y casi la cuarta parte de las mujeres en Lima (22.5%).

Según estudios realizados el año 2000 en Tacna, y en el año 2002 en el Callao, sobre la influencia de la violencia doméstica en las complicaciones del embarazo, Rojo¹⁵ concluyó que el mayor número de mujeres (75% y 80% respectivamente) había experimentado violencia psicológica, seguida de violencia física (11.7% y 36% respectivamente) y finalmente también se registró violencia sexual (4.4% en el primer estudio y 33.3% en el segundo). Las mujeres que sufrieron estos cuatro tipos de violencia durante el embarazo presentaron complicaciones gastrointestinales, infecciones vaginales, síndromes nerviosos, pre-eclampsia y amenaza de aborto entre otros.

Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60,6% que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.¹⁶

¹³ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (Informe preliminar). Lima, 2005. p 29.

¹⁴ GUEZMES, Ana; PALOMINO, Nancy y RAMOS, Miguel. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú Estudio Multicéntrico de la OMS.CMP Flora Tristán; Universidad Peruana Cayetano Heredia; OMS. Lima, 2002

¹⁵ ROJO, Gina. Influencia de la Violencia de la pareja en el embarazo no planificado, Hospital de Calana, Tacna 2000. Influencia de la Violencia de la pareja en las complicaciones del embarazo, C.S. Callao, 2002.

¹⁶ "Battering and Pregnancy." *Midwifery Today* 19:1998.



La hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, dedicada a la violencia doméstica durante el embarazo cita la investigación "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome." *Journal of the American Medical Association*, 267:1992, dónde se señala que entre las principales consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo se encuentran las infecciones vaginales, sangrado vaginal, complicaciones durante el parto, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, ruptura de membranas, infección uterina, entre otras.

Según una investigación realizada por DEMUS¹⁷ un dato sumamente importante es aquel referido a la relación que existe entre el agresor y la mujer víctima: por lo general el agresor sí se conoce con su víctima y sólo en el 28.1% de los casos aquél resulta desconocido. Las relaciones agresor-víctima más comunes son las de vecindad (21.9%) y parentesco (cuñado, tío, padre, padrastro) (15.6%).

Para el año 2005, el MINSA ha registrado 34,561 atenciones a nivel nacional por casos de Síndrome de Maltrato, correspondiendo a abuso físico a esposa: 9.74%; abuso físico a niño y bebé: 3.49%; abuso sexual: 9.20%; abuso psicológico: 37.98%; otros síndromes de maltrato forma mixta: 121.42%; riesgo de abuso físico/emocional/sexual: 0.27%, otros síndromes de maltrato forma mixta: 11.42% y síndrome de maltrato no especificado: 15.97%¹⁸

Del total de atenciones realizadas por el MINSA en el 2005, el 73.98% corresponden a mujeres. Entre las edades de 10 a 19 años, el 69.40% son mujeres y entre el grupo etáreo de 20 a 59 años, 87.79% corresponden a mujeres.

La violencia contra la mujer, trae consecuencias en su salud reproductiva, manifestándose en embarazo no deseado, ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/ bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica entre otras.

1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva es un derecho inclusivo y amplio que no sólo abarca la atención de los principales factores de riesgo, sino también acciones de intervención referida a género, educación, cultura, estilos de vida, acceso a servicios de salud, como determinantes de la salud sexual y reproductiva.

Las diferencias de género en el acceso y el control de los recursos, en el poder y en la toma de decisiones, y en los roles y responsabilidades, tienen implicancias para el status de las mujeres y los varones. Éstas tienen por resultado: diferente riesgo y vulnerabilidad a infecciones y enfermedades; diferentes percepciones de las necesidades de salud y de las formas apropiadas de tratamiento; diferente acceso a los servicios de salud; diferentes consecuencias o resultados de una enfermedad; y diferentes consecuencias sociales como producto de los problemas de salud.

En los roles de género, se han identificado los comportamientos, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Estos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a grupos étnicos, origen regional, tradiciones y por cambios inducidos por los procesos de desarrollo (Minsa 2004)¹⁹. Podemos identificar tres tipos de roles principales:

- **Productivo:** Incluye la producción de bienes y servicios remunerados en dinero o especies. Generalmente aparece como el rol principal del hombre, y a pesar de la creciente incorporación de la

¹⁷ VARGAS, Mery, SILES, Abraham, ACEVEDO, Juan Francisco, SIBILE, Patricia. Actuación de la Policía Nacional y el Instituto Legal frente a las agresiones sexuales a mujeres. En CACERES, Carlos (ed). Nuevos retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú. Lima, Redess Jóvenes, 1999. p. 138-139.

¹⁸ Oficina General de Estadística e Informática MINSA.

¹⁹ Ibíd. p. 5



mujer en el mercado de trabajo se considera un rol secundario para ella. Este rol en el caso de las mujeres se lleva a cabo en peores condiciones, tiene menos reconocimiento, prestigio y les otorga menos poder de decisión y autonomía.

- **Reproductivo:** Incluye la reproducción biológica y aquellas actividades necesarias para garantizar el bienestar familiar. Está relacionado con las tareas domésticas vinculadas con la protección, cuidado y crianza de los hijos.
- **Comunitario:** Asociado con las actividades y tareas que aporten al desarrollo comunitario. Generalmente lo realizan las mujeres como extensión de su rol productivo, asegurando el mantenimiento y la provisión de recursos de consumo colectivo, como el agua, la educación y otros.

Es por ello que la iniciativa de transversalización de la perspectiva de género no excluye iniciativas específicas para mujeres. Esas iniciativas positivas son necesarias y complementarias de una estrategia de transversalización, que requiere:

- Distribuir los recursos, oportunidades y beneficios del proceso de transversalización equitativamente entre ambos sexos.
- Incluir los intereses, las necesidades, experiencias y visiones tanto de las mujeres como de los varones en la definición de los abordajes, las políticas y los programas, y en la determinación de la agenda general.

En este sentido el Ministerio de Salud (2004)²⁰ considera que la **sexualidad y la reproducción** son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. La salud reproductiva esta referida tanto a mujeres como a hombres e implica el derecho a controlar sus cuerpos, criar los hijos que deseen y permanecer libres de enfermedades.

La sexualidad se encuentra condicionada por la sociedad y la cultura particular en la que se desarrolla y por la forma particular en que se va integrando el conjunto de experiencias vitales por las que atraviesan las personas.

Los derechos sexuales y reproductivos se orientan al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de relaciones personales sanas y equitativas, permiten que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, permitiéndole a los seres humanos el disfrute de una sexualidad sana segura y con el menor riesgo posible.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte inseparable del derecho a la salud y los derechos humanos, abarcan no sólo la atención en salud oportuna y apropiada sino los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud. Estos derechos como parte del derecho a la salud están protegidos por la legislación internacional y documentos de las Naciones Unidas.

Entre los principales derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres tanto adultas/os, adultas/os mayores, así como adolescentes y jóvenes, podemos citar los siguientes:

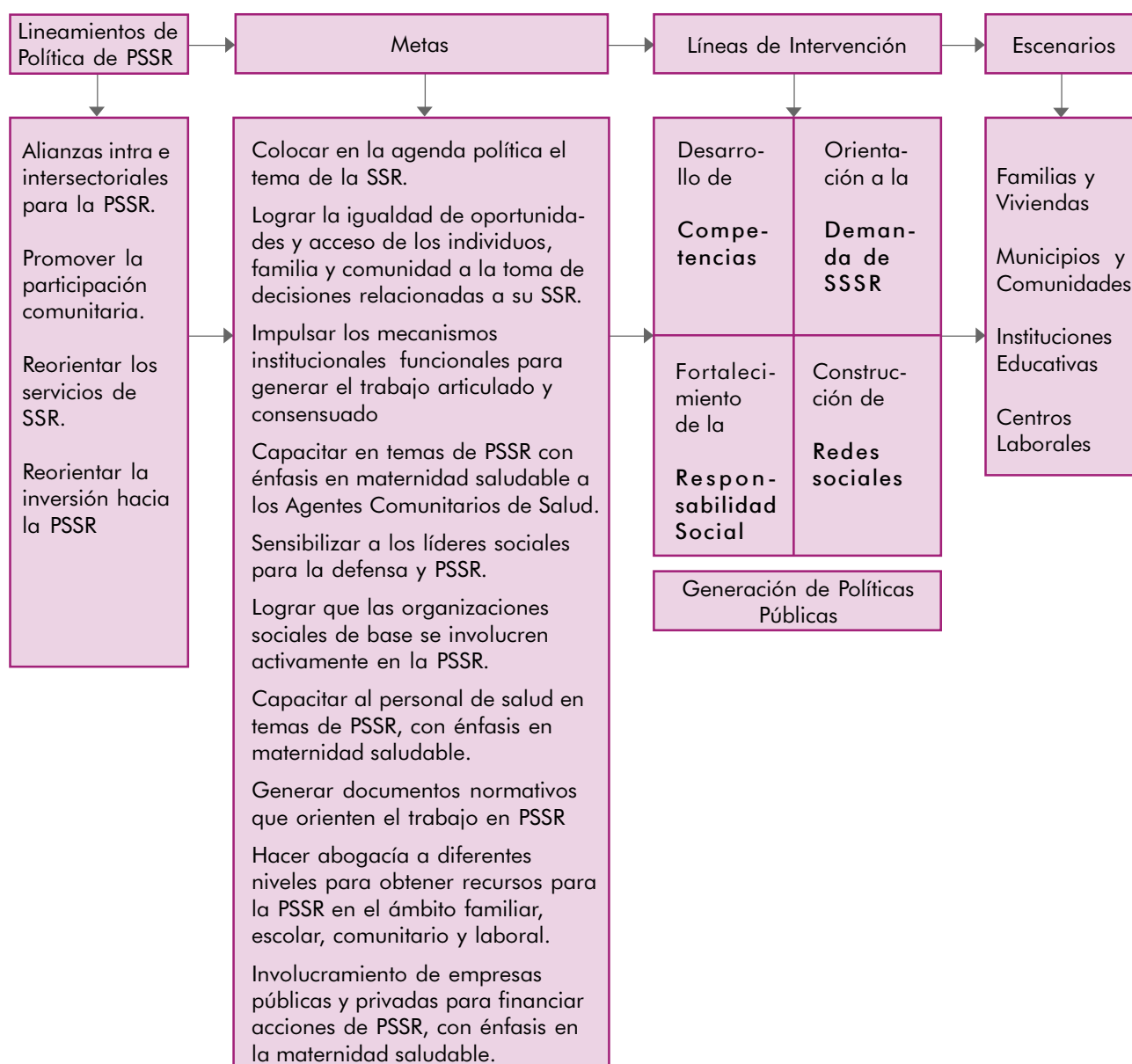
- Derecho a recibir información, educación y orientación oportuna de calidad sobre el propio cuerpo y la sexualidad, incluyendo temas como métodos anticonceptivos, riesgo de embarazo, aborto, ITS y VIH SIDA.
- Derecho a una educación formal que incluya temas de salud sexual y reproductiva así como los derechos que le asisten y sus responsabilidades.
- Derecho a explorar el propio cuerpo y sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa u otros impedimentos.
- Derecho a ser libre para elegir la propia pareja y decidir tener o no tener relaciones sexuales sin presiones, manipulación, discriminación o violencia.

²⁰ MINSA/DGSP/Dirección Ejecutiva de Atención Integral. Guías Nacionales de Atención de la salud sexual y reproductiva. Lima, 2004. p.1



- Derecho a expresar la sexualidad en condiciones dignas, placenteras, seguras sin ningún tipo de discriminación por la orientación sexual.
- Derecho a una sexualidad libre y placentera con responsabilidad.
- Derecho a la información, acceso y elección voluntaria de métodos anticonceptivos seguros que protejan de las ITS incluido el VIH SIDA y del embarazo no deseado.
- Derecho a vivir una maternidad y paternidad voluntaria y sana, decidiendo libre y responsablemente si tener o no hijos, cuándo y cuántos tener.
- Derecho a compartir la responsabilidad del control de la reproducción entre mujeres y hombres, en condiciones de equidad que posibiliten la toma de decisiones libres e informadas.
- Derecho a acceder a una atención de salud de calidad, donde se resuelvan las necesidades, se brinde un trato respetuoso y se guarde confidencialidad.
- Derecho a participar de manera individual u organizada en la planificación y ejecución de programas y formulación de políticas sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la atención de calidad con enfoque de equidad, género e interculturalidad.

Marco estratégico para el desarrollo de intervenciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en el Perú



2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para implementar las acciones del eje temático de Salud Sexual y Reproductiva será imprescindible considerar los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, los cuales proponen romper paradigmas vigentes, generar mecanismos de coordinación intersectorial, fortalecer la ciudadanía, contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana.

Basándonos en los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y en el Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud, proponemos las siguientes orientaciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva:

1. Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual.
 - Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva, colocando en la agenda pública de los decisores locales y regionales, los diferentes aspectos que incluye la promoción de salud sexual y reproductiva.
 - Promover las oportunidades y el acceso del individuo, la familia y la comunidad en procesos de identificación de problemas y toma de decisiones relacionadas a su salud sexual y reproductiva.
 - Impulsar los mecanismos institucionales y funcionales al interior del sector, en sus diferentes niveles, para generar el trabajo articulado y consensuado respecto a la implementación de acciones que contribuyan a la salud sexual y reproductiva.
2. Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, reconociendo y revalorando el rol de los agentes comunitarios y la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.
 - Sensibilizar a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.
 - Capacitar en temas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable, a los Agentes Comunitarios de Salud.
 - Lograr que las organizaciones sociales de base se involucren activamente en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.
3. Reorientar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extra mural.
 - Capacitar al personal de salud en temas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable.
 - Generar documentos normativos que orienten el trabajo intra y extra mural para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional.
4. Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.
 - Desarrollar acciones de abogacía a nivel local, regional y nacional que logren obtener recursos para el trabajo en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.



- Promover el involucramiento de las empresas públicas y privadas que operan a nivel regional y local a comprometer presupuestos para las acciones de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en la maternidad saludable.
- Impulsar el soporte de procesos políticos traducidos en la forma de asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud sexual y reproductiva, en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral.

2.2 DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para la implementación de acciones en el eje temático de salud sexual se tomarán en cuenta las siguientes definiciones operativas:

Atención prenatal: es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.

Cultura: en el concepto de cultura convergen la dimensión cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos, y creencias adquiridas a través del aprendizaje; y la dimensión material, que es manifestación de la simbólico en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social. La cultura es una entidad compleja y dinámica que se adquiere, transforma y transmite a través del lenguaje y la socialización.

Derechos sexuales: se refiere el derecho humano de la mujer y del hombre a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones sin verse sujeto/a a coerción, discriminación y violencia.

Discriminación de género: se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impiden que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.

Estimulación prenatal: es el conjunto de intervenciones organizadas dirigidas a la madre gestante que se realizan con la participación activa del padre, la familia y la comunidad con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, emocional, sensorial y social de la persona, desde la concepción hasta el nacimiento íntimamente relacionado con la salud y bienestar integral de la madre. Las intervenciones de estimulación prenatal, deben contribuir a disminuir las situaciones de riesgo biológico, psicológico y social que podrían alterar el proceso de desarrollo y maduración del nuevo ser.

Estimulación temprana: es el conjunto de oportunidades ambientales e intervenciones organizadas dirigidas a la población infantil hasta los cinco años, a la familia y a la comunidad con el objetivo de atender de manera oportuna y adecuada las necesidades de desarrollo de esta etapa de la vida así como de potenciar las capacidades, habilidades y actitudes de la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, especialmente a los que se encuentran en riesgo biológico y psicosocial.

Equidad de género: significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres.

Género:²¹ se refiere a las construcciones sociales psicológicas, culturales e históricas que se asignan a hombres y mujeres en una sociedad y tiempo determinado. Estas características también incluyen los prejuicios y estereotipos, que se tienen de hombres y mujeres."

²¹ Ibíd. p. 4



En ese sentido género alude a construcciones culturales y subjetivas que se encuentran asociadas a ser mujer y hombre y a las relaciones que se establecen entre ambos.

Identidad de género: se refiere a aquel aspecto de la identidad integral que alude al modo en que cada uno percibe su propia individualidad como varón o mujer²². No es determinada solamente por el sexo biológico, sino por el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, costumbres y mandatos culturales atribuidos a cierto género. La masculinidad y la feminidad son entonces independientes del sexo biológico, mientras la identidad sexual se asocia más a este aspecto.

Igualdad de género: significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): son aquellas enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales.

Infección por VIH: infección producida por el Virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Su amplia diseminación y el rápido crecimiento del número de personas infectadas se explica primariamente porque la principal vía de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), involucra a la conducta humana más primitiva y más difícil de modificar en el corto o mediano plazo: la conducta sexual.

Interculturalidad: implica la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se encuentra. Se convierte así en principio orientador de la vivencia personal en el plano individual y el principio rector de los procesos sociales en el plano axiológico social.

La interculturalidad como principio rector orienta también procesos sociales que intentan construir sobre la base del reconocimiento del derecho a la diversidad y en franco combate contra todas las formas de discriminación y desigualdad social reconociendo las relaciones equitativas entre los miembros de universos culturales distintitos.

Maternidad Saludable: es un estado donde interactúan en forma dinámica armónica y equilibrada todos los factores condicionantes de la salud materna, para lograr que las mujeres vivan su maternidad en forma fisiológica, saludable y feliz con un recién nacido sano.

Roles de género: son los comportamientos, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Estos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a grupos étnicos, origen regional, tradiciones y por cambios inducidos por los procesos de desarrollo (Minsa 2004)²³. Podemos identificar tres tipos de roles principales: productivo, reproductivo y comunitario.

Salud Reproductiva:²⁴ se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuando, como y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

Salud Sexual: es la capacidad de disfrutar y expresar nuestra sexualidad sin riesgos de infecciones transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

²² Ibid. p. 77

²³ Ibid. p. 5

²⁴ Ibid. p. 1



Sexo: es la diferencia biológica entre varones y mujeres. Las personas nacen con un sexo, el sexo es universal.²⁵

Sexualidad:²⁶ “la sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las persona, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las diferentes personas para expresarse, y relacionarse con su entorno social y constituye una de las fuentes más importantes de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades”.

Parto vertical: es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas de lo expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo el traumatismo del recién nacido.

Transversalización de la perspectiva de género: se refiere a las estrategias y los procesos que pueden cambiar las formas en que operan las instituciones en relación con el poder y los privilegios asociados a lo que hacen los hombres y las mujeres o lo que se hace para ellos/as. Usamos la palabra “transversalización” para indicar que las cuestiones de inequidad de género deben tratarse en cada uno de los aspectos de la estructura de la organización y los programas, y no como una actividad adicional aislada. En otras palabras, la inequidad de género debe ser tratada transversalmente en la organización y en los programas. La frase completa debería ser: “transversalización de la perspectiva de género en las estructuras institucionales y en los programas”.

Violencia contra la mujer: es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer.

²⁵ Ibíd. p.4

²⁶ Ibíd. p. 1



3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las acciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva se implementarán en el espacio intramural y extramural de los servicios de salud. La intervención de la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva estará dada según el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, utilizando las estrategias, incorporando los enfoques y realizando acciones por etapas de vida y escenarios.

El rol del responsable de promoción de la salud será de articulador y facilitador de procesos que aborden principalmente los determinantes que conduzcan al logro de la salud sexual y reproductiva de la población.

3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA

3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

La sexualidad forma parte de la vida de las personas desde el inicio hasta el final de su existencia y se desarrolla a través de los años sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social.

La sexualidad tiene una naturaleza subjetiva y social y en ella juega un importante papel la afectividad, tanto por su intensidad como por su profunda significación. Se puede afirmar entonces que la sexualidad se va configurando a partir de la interacción del sujeto con otras personas que actúan como mediadores entre el individuo y la cultura de la sexualidad.

Según la teoría psicoanalítica²⁷ la sexualidad infantil y el desarrollo afectivo atraviesan una serie de etapas en las cuales se experimenta placer en diferentes zonas del cuerpo.

La primera de estas etapas del desarrollo psicosexual está caracterizada por la recepción pasiva y dependiente del placer. La principal actividad es la succión y en esta primera etapa es fundamental la relación con la madre, que es la persona más importante en la vida del bebé, los cuidados amorosos que ella pueda dispensarle, las diferentes expresiones de afecto y ternura, permitirán que la o el bebé constituya una base de confianza y seguridad que lo acompañarán durante toda la vida.

Con el inicio del segundo año de vida aproximadamente, se empieza otra etapa en la que emergen dos conductas importantes: la marcha y el lenguaje. La niña o niño encuentra placentero el momento en que aprende a controlar sus esfínteres. Mientras tanto la dependencia ha disminuido, la obstinación ha aumentado así como el egoísmo y la dificultad para compartir.

Al alcanzar mayor independencia del adulto, comienza a descubrir las relaciones entre los objetos, sus funciones y empieza a reconocerse a sí mismo por sus aspectos externos.

Entre los tres y los cuatro años la niña o niño que se ha ido adaptando poco a poco a los deseos de los padres y a las exigencias de la realidad, inaugura otra etapa en el que alcanza importancia el conocimiento de las diferencias sexuales, la exploración del propio sexo y el tocamiento de los genitales así como una relación muy estrecha con el padre del sexo opuesto y por momentos celos y rivalidad con el padre del

²⁷ ALEXANDER, Franz y ROSS Helen (edit). Psiquiatría dinámica. Buenos Aires, Paidós, 1978.



mismo sexo. El reconocimiento de sí mismo como seres sexuados se logra en este periodo en el que además empiezan a identificarse con los roles que realizan los adultos con su mismo sexo.

Según la teoría psicoanalítica posteriormente se inicia otra etapa que coincide con la escolaridad y donde se privilegia la actividad intelectual y donde los impulsos sexuales no se manifiestan de manera directa.

Partiendo de que la sexualidad es un fenómeno sociocultural diverso en el tiempo y en el espacio vamos a entender que la sexualidad se construye socialmente, debemos otorgar importancia a diversos agentes sociales que intervienen en la tarea de formación de la misma, la familia, los profesores y personas significativas. Las actitudes y mensajes que la niña o niño reciban frente a sus diversas expresiones sexuales, irán cargando de diferentes significados a las mismas.

Desde una lectura de género comprenderemos los procesos mediante los cuales niñas y niños construyen su ser masculino y femenino desde que nacen en cada cultura. Lo que se les permite, prohíbe, el estímulo a determinadas actividades y no a otras, el tipo de juego y juguetes que se estimula según sean niñas o niños.

Las acciones a desarrollar en esta etapa son:

- Impulsar las actividades de estimulación prenatal y estimulación temprana de los hijos mujeres y hombres hasta los 5 años, en los diferentes escenarios que la legislación contempla.
- Promover el conocimiento, valoración y aceptación de la niña y niño fomentado el desarrollo de su autoestima como persona sexuada, poniendo en práctica diferentes tipos de actividades acordes a sus capacidades.
- Fomentar habilidades psicosociales: afectividad toma de decisiones, comunicación asertiva y negociación, como base de conductas sexuales responsables.
- Favorecer en las niñas y niños actitudes de confianza que faciliten la búsqueda de información, comunicación y apoyo en fuentes responsables e informadas sobre salud sexual y reproductiva.
- Proveer información clara, sencilla y oportuna sobre su cuerpo y sexualidad, de acuerdo a las diferentes necesidades de aprendizaje de las niñas/os de acuerdo a su edad y las diferentes etapas de su desarrollo psicosexual.
- Fomentar en las niñas y niños la aceptación y valoración de los aportes que pueden brindarles las y los adolescentes, adultas/os y adultos/os mayores y fomentar una relación horizontal entre ellas/os.
- Fomentar la valoración y aprecio de la vida en familia como espacio primario y fundamental para la formación de la personalidad y el desarrollo psicosexual de niñas y niños.
- Fomentar el establecimiento de familias con modelos adultos afectivos, coherentes y que establezcan límites apropiados.
- Orientar a padres y cuidadores en la aceptación de diferentes conductas sexuales de la niña o niño como parte normal y saludable del desarrollo psicosexual.
- Favorecer conductas de protección en niñas y niños frente a la violencia, el abuso sexual y la prostitución infantil.
- Desarrollar la capacidad de respetar y promover la equidad entre roles y funciones asignados a niñas y niños.
- Favorecer el cuestionamiento de estereotipos de género: feminidad asociada a pasividad y masculinidad asociada a impulsividad, y represión de sentimientos.
- Impulsar la posibilidad de que niñas y niños puedan desarrollar todas sus potencialidades físicas, emocionales e intelectuales, promoviendo el acceso a todo tipo de juegos y juguetes estimulando la ternura, la protección, la destreza física y la asertividad.
- Impulsar las distribuciones equitativas a niñas y niños de responsabilidades y tareas.

3.2.1 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)

La adolescencia es una etapa de la vida en que las vivencias sexuales cobran especial importancia, debido principalmente a los cambios físicos y psíquicos que se producen así como por los mandatos y prescripciones que perciben sobre el desempeño, expresión y represión de su sexualidad.



Varios son los logros que deben consolidarse en esta etapa, desde el descubrimiento de un cuerpo distinto, pero a su vez conocido, afirmar su individuación como un ser autónomo e independiente, proyectar el futuro, desarrollar un sistema de valores apropiados así como desarrollar una identidad sexual.

La sexualidad en esta etapa, está caracterizada por la subordinación de todas las excitaciones sexuales a la esfera genital y la orientación del impulso a un objeto sexual concreto.

Entre las principales manifestaciones de la sexualidad adolescente, podemos identificar la curiosidad sexual asociada a los diferentes cambios que se producen en su cuerpo, las fantasías sexuales, el autoerotismo o masturbación, la atracción sexual y el enamoramiento.

En esta etapa es que los adolescentes toman distancia de sus padres y los adultos, en busca de su independencia, los pares se convierten en la mejor fuente de soporte y ayuda, ya que permiten al adolescente sentir apoyo, organizar su vida, recibir y dar afecto y sentirse acompañado. Ellas y ellos satisfacen la necesidad de filiación con otros que comparten la misma experiencia y proporciona un medio para integrar y armonizar dicotomías fruto de la crisis por la que las y los adolescentes atraviesan.

Si bien es cierto que la identidad de género se inicia desde el momento del nacimiento, una etapa muy importante en este proceso es la adolescencia, pues en esta etapa la tarea central del desarrollo es la consolidación y afirmación de la identidad.

Según Quintana y Vásquez²⁸ la y el adolescente se ven exigidos a definir su identidad de género, en un contexto social cargado de significados sociales y culturales que dan rumbo y en muchos casos parametran sus definiciones. La "trasgresión a los imperativos sociales" recibe todo el peso de la sanción social.

Los mandatos culturales de exaltación de la sexualidad en el varón y de su represión en la mujer, lleva a las y los adolescentes a utilizar el recurso de la reserva y el alarde para poder enfrentar estos mandatos, manteniendo aún su sexualidad en el ámbito de lo prohibido, sin acceder por lo tanto a una práctica sexual placentera y responsable.

Las acciones a desarrollar en esta etapa son:

- Promover el conocimiento, valoración y aceptación de la y el adolescente, ayudándola/o a reconocer sus capacidades y limitaciones, fomentado el desarrollo de su autoestima como persona sexuada.
- Fomentar habilidades para la vida: toma de decisiones, comunicación asertiva y negociación, como base de conductas sexuales responsables.
- Fortalecer la toma de decisiones de las y los adolescentes, reforzando la capacidad de definir los problemas vinculados a su sexualidad y por la mejor decisión para luego aplicarla cabalmente.
- Favorecer que la y el adolescente sea capaz de identificar los criterios y mecanismos de una negociación así como se ejercite en ellos para manejar situaciones de presión vinculados a situaciones en el ejercicio de su sexualidad.
- Promover en los padres de familia, adultos y cuidadores, los valores de respeto, tolerancia, afecto y equidad, orientados al logro de comportamientos y actitudes saludables relacionadas al ejercicio de la sexualidad de los adolescentes.
- Contribuir al desarrollo de sujetos capaces de reconocer prejuicios, así como valores, problemas y desafíos en relación a la sexualidad.
- Proporcionar información clara, oportuna y actualizada sobre la etapa de vida adolescente, cambios y vivencia de la sexualidad. Promover que las/los adolescentes puedan compartir los sentimientos asociados a estos cambios (menarquia, polución, características sexuales primarias y secundarias).

²⁸ *Ibíd.* p. 79.



- Fomentar el desarrollo de construcciones sociales relacionadas a la masculinidad y femineidad orientadas hacia la equidad entre los géneros, propiciando relaciones horizontales para fortalecer la capacidad crítica y la toma de decisiones relacionadas al ejercicio de la sexualidad.
- Proporcionar información sobre el rol de los establecimientos de salud y otras instituciones privadas que trabajan en salud sexual y reproductiva, informando las situaciones sobre las que pueden consultar y la importancia de acudir a ellos para conservar la salud.
- Fomentar la valoración y aprecio de la vida en familia como espacio primario y fundamental para la construcción de la identidad sexual de las y los adolescentes.
- Orientar a los adultos la aceptación de diferentes expresiones como: autoerotismo, fantasías sexuales, atracción física, deseo sexual, enamoramiento como parte normal del desarrollo psicosexual de las y los adolescentes.
- Propiciar el cuestionamiento de estereotipos de género en relación a expresiones de afecto, enamoramiento, inicio sexual, uso de métodos anticonceptivos (MAC) en hombres y mujeres así como roles paternos y maternos entre otros.
- Promover el respeto a las diferentes formas de asumir la masculinidad y feminidad, fomentando el respeto y la no discriminación a las minorías sexuales.
- Distribución equitativa entre hombres y mujeres de responsabilidades y tareas tanto en el hogar como en la escuela.
- Favorecer conductas de protección en adolescentes frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución.
- Promover que las/los adolescentes conozcan sus derechos y deberes ciudadanos, especialmente sus derechos sexuales y reproductivos, las responsabilidades que de éstos se derivan y las condiciones de ejercerlos.
- Fomentar la información amplia sobre opciones frente a la maternidad, cuestionando la maternidad como única opción de identidad de las mujeres, así como el cuestionamiento de la menarquia como símbolo de “ser mujer es igual a ser madre”.
- Promover la difusión adecuada de los conocimientos sobre la reproducción de la vida humana, orientada a la paternidad y maternidad responsable, sana y sin riesgos.
- Promover amplia información sobre síntomas y forma de prevención de las ITS/ VIH-SIDA, enfatizando la postergación del inicio sexual, la abstinencia, la fidelidad mutua en la pareja y la necesidad de información adecuada para el uso del condón.
- Fortalecer el empoderamiento de los grupos juveniles, promoviendo su participación plena y toma de decisiones en diferentes escenarios, conducentes al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Gestante y madre adolescente

- Difundir información sobre la importancia de los cuidados prenatales para una maternidad saludable en la gestación adolescente.
- Fomentar la continuidad educativa de las gestantes adolescentes.
- Favorecer la igualdad de oportunidades de las madres adolescentes a las posibilidades de empleo, estudio y asistencia médica.
- Fomentar el retraso de un segundo embarazo a fin de que la madre como el bebé alcancen niveles óptimos de desarrollo.
- Brindar soporte comunitario a la embarazada adolescente a fin de que pueda recibir atención adecuada en el parto y puerperio.
- Propiciar servicios diferenciados dirigidos a la atención integral de las gestantes y sus parejas adolescentes

3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)

La sexualidad en los adultos está caracterizada por la “madurez sexual”, adaptando la gratificación sexual a las demandas de la realidad social externa. Esta fase tiene su expresión en la maternidad y paternidad y en la formalización de las relaciones de pareja en el matrimonio o convivencia.



Según diversos autores, la forma en que viven la sexualidad y la reproducción y las relaciones de pareja, los hombres y mujeres es bastante diferente. Olavarría (2004)²⁹ plantea que lo que produce erotismo y satisfacción sexual no es lo mismo, pues ambos provienen de diferentes experiencias, en el varón ligada predominantemente al placer y en la mujer asociada desde un inicio a la reproducción.

Respecto a la construcción de la masculinidad del hombre adulto, Cáceres (2002)³⁰ y Olavarría (1998)³¹ coinciden en señalar que la socialización masculina como demandante de sucesivas y permanentes pruebas de virilidad así como la existencia de modelos hegemónicos contra los que se evalúa la hombría en proceso. En este sentido, Calero (2004) sostiene que el embarazo -para el varón- funciona socialmente como un símbolo y/o argumento "incuestionable" que denota su virilidad y capacidad reproductiva. La necesidad -constante- por demostrar la heterosexualidad masculina, es un elemento que reviste una gran importancia en consonancia con el modelo de masculinidad hegemónica en la etapa adulta del varón.³²

Por otro lado, la construcción de la feminidad en la mujer está ineludiblemente asociada a la maternidad, y a la represión del placer y a la expresión del cuidado hacia otros. Magallanes (2001), señala que el embarazo es percibido por las mujeres como una etapa natural y casi inevitable en sus vidas, un rol consecuente de su género femenino que en algún momento de la vida de "toda" mujer debe concretarse³³. Según Vargas (2004)³⁴, muchas mujeres aún creen que es el hombre el que sabe, el que siente placer y frente al cual ellas son simples acompañantes, sienten temor a expresar sus deseos y necesidades sexuales pues piensan que podrían lastimar al varón o ser consideradas mujeres "de la calle".

Dixon-Muller (1999)³⁵ refiere que existen cuatro elementos de la sexualidad: las parejas sexuales, las prácticas sexuales, los significados culturales y subjetivos asociados a la sexualidad y el nivel del impulso sexual y el placer en cada individuo, que se relacionan directamente con la conducta anticonceptiva y el riesgo de ITS /VIH SIDA, y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

La declinación del periodo reproductivo, se desarrolla con lentitud. El climaterio se da sin embargo de una manera distinta en el hombre y en la mujer. En la mujer el cese de la producción ovárica, va a traerle una serie de síntomas físicos como los sofocos, la sequedad vaginal y las irregularidades de la menstruación. Si bien la menopausia es el fin de la capacidad reproductiva no está en nada relacionado con la posibilidad de seguir experimentando placer. Muchas mujeres liberadas del temor a un embarazo pueden disfrutar mejor de su vida sexual.

Sin embargo las construcciones sociales asociadas a esta etapa desvalorizan a la mujer pues como ya se mencionó líneas arriba, el valor de la mujer está centrado en su capacidad de ser madre, ligando la sexualidad exclusivamente a la reproducción.

En el caso del hombre la capacidad reproductiva dura más que en el caso de la mujer. Sin embargo las oscilaciones de la capacidad de erección que se producen en esta edad, los impulsan a compensar su

²⁹ OLAVARRÍA, José. Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas" Presentación en power point hecha el día 27 de Noviembre 2004

³⁰ CÁCERES, Carlos; SALAZAR, Ximena; ROSASCO, Ana María; FERNANDEZ, Percy. Ser Hombre en el Perú de hoy. Una mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y la homofobia. Lima, Redess Jóvenes, 2002. p. 41-43

³¹ OLAVARRÍA, José; BENAVENTE Cristina y MELLADO, Patricia. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile, FLACSO, 1998. p.15-18

³² CALERO, Jorge Luis. La infertilidad como evento de frustración personal. Vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos. Tesis para obtención del grado de Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. UPCH. 2004.

³³ MAGALLANES, Marlene. "Significados sociales del embarazo y uso de servicios prenatales". Tesis para obtención del grado de Magíster en Salud Pública. UPCH. 2001.

³⁴ VARGAS, Trixys. Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas" Presentación en power point hecha el día 27 de Noviembre 2004.

³⁵ DIXON -MUELLER, Ruth. Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. En SEIDENSTEIN, Sandra y MOORE, Kirsten Editoras. Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar. The Population Council. International Women's Coalition. Santiago de Chile, 1999.



capacidad disminuida con una creciente productividad competitiva. Al igual que en la adolescencia, la potencia sexual y la destreza en cada acto se convierten en el eje de la expresión de su sexualidad.

En términos generales cabe destacar que las presiones sobre la hombría y la feminidad, así como las prácticas legitimadas en uno u otro caso, pueden influir sobre la salud sexual de hombres y mujeres y sobre su felicidad y bienestar en general.

Las acciones a desarrollar en esta etapa son:

- Promover el reconocimiento del rol que cumplen las personas, familias y comunidades en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incentivando que asuman sus responsabilidades en la preservación y el cuidado de la misma.
- Fomentar el conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos.
- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas.
- Proveer información sobre las características de la sexualidad en esta etapa, sobre las diferentes formas de expresión del deseo sexual en mujeres y hombres, cuestionando diferentes estereotipos como el de la doble moral al interior de las parejas.
- Fomentar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre la elección de métodos de planificación familiar, asegurando el acceso a información y educación sobre los mismos.
- Promover la incorporación del varón en los cuidados de la salud sexual y reproductiva.
- Promover que los varones participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia.
- Promover la participación del varón y la mujer en todas las esferas de la vida familiar y en las responsabilidades domésticas, la crianza de los hijos y las labores domésticas.
- Proveer de información a los padres y tutores a fin de que puedan educar en cuestiones sexuales y reproductivas a sus hija/os teniendo en cuenta sus necesidades y niveles de desarrollo psicosexual y sus características culturales.
- Proveer de información educación y orientación oportuna sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las infecciones de transmisión sexual incluida el VIH, privilegiando la importancia de la fidelidad mutua y de la información apropiada para el uso eficaz del condón.
- Fomentar la información sobre las condiciones necesarias para una maternidad y paternidad saludable y segura respetando las costumbres locales.
- Fomentar la información amplia y oportuna sobre opciones frente a la maternidad y paternidad, reconociéndola como el derecho a una libre decisión y no como una opción de realización única. Asimismo proveer información sobre fertilización asistida a aquellas mujeres que deseen ser madres y no estén biológicamente preparadas.
- Promoción de la participación de la pareja y/o familia en el acompañamiento de la mujer en el momento del embarazo, parto y puerperio.
- Proveer de información y orientación a las mujeres en edad de procrear, especialmente a las gestantes y lactantes, enfatizando la importancia del consumo de alimentos ricos en yodo y hierro que son propios de cada zona.
- Proveer información sobre cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, entre otros; enfatizando en la necesidad de chequeos periódicos según sexo.
- Ofrecer información sobre instrumentos legales para contrarrestar prácticas discriminatorias de los empleadores contra las mujeres y varones como las que exigen la prueba de VIH, o la declaración de embarazo como condición para la contratación del personal femenino.
- Ofrecer información sobre derechos y favorecer el empoderamiento de las mujeres a fin de que puedan velar por su integridad física, promoviendo conductas de protección frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución.
- Cuestionar estereotipos respecto a las identidades y roles de género en relación a expresiones de afecto, uso de métodos anticonceptivos, roles paternos y maternos entre otros. Cuestionar la



identidad femenina asociada a pasividad, sufrimiento y entrega a los demás y la identidad masculina asociada a fuerza, impulsividad, descontrol de los impulsos y no reconocimiento de necesidad de ayuda.

- Promover el respeto a las diferentes formas de asumir la masculinidad y feminidad, fomentando el respeto y la no discriminación a las minorías sexuales.
- Informar a las mujeres sobre el consentimiento informado en diferentes acciones vinculadas a su salud sexual y reproductiva a fin de que puedan ejercer su derecho a elegir lo que les conviene, preservando su salud física y emocional.

Gestantes y lactantes

- Especialmente en zonas rurales fomentar la sensibilización de pareja y miembros mayores de la familia sobre la importancia de cuidados prenatales y puerperales en la conservación de la salud y la vida de la mujer y el bienestar del bebé.
- Fomentar la información y el respeto en proveedores de salud respecto a costumbres perinatales de las mujeres especialmente en zonas rurales.
- Incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud traducido en la capacitación de los proveedores de salud y la adecuación de la sala de parto.
- Fomentar el derecho y responsabilidad de la lactancia materna en las mujeres, no solamente como medio de alimentación privilegiada para el bebé, sino como un elemento importante de la adquisición de sentimientos de confianza y seguridad necesarios para su desarrollo afectivo y psicosexual.
- Fomentar el soporte comunitario, impulsando los sistemas de vigilancia comunal para apoyar a la embarazada desprotegida.

3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 años a más)

En esta etapa tanto las mujeres como los hombres obtienen múltiples gratificaciones en el hecho de sentirse capaces de pensar, hacer, percibir y tener conciencia de sí mismo en una actividad o realización especiales. También en esta etapa las necesidades receptivas de dependencia dominan la relación del individuo de edad con su ambiente. Al avanzar la edad, la conciencia sobre la decadencia de sus propias capacidades sensitivas lo vuelve hipersensitivo con respecto a la realización de sus necesidades dependientes.

Pero no todos los cambios de esta edad son negativos, o los que lo son no siempre obedecen a “problemas de la edad”; también existen aspectos positivos.

Uno de los aspectos positivos más importantes de la tercera edad es la capacidad de estabilidad y continuidad, cualidad que proporciona al anciano la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios.

Según Lagos (2004)³⁶ en esta etapa se producen una serie de cambios fisiológicos, producto del proceso de envejecimiento que va a afectar la vivencia de la sexualidad.

En la mujer la excitación es más lenta, disminuye la lubricación, se produce un debilitamiento de la musculatura vaginal y por lo tanto las contracciones vaginales son débiles; asimismo el factor estimulante es de mayor importancia para incrementar la tensión sexual.

En el hombre las erecciones son menos firmes, se reduce la cantidad de semen, disminuye la intensidad de la eyaculación, existe menor necesidad de eyacular y se prolonga el periodo refractario, es decir, el espacio de tiempo para lograr una nueva erección y emisión de semen.

³⁶ LAGOS, Gloria. Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas”, Noviembre 2004.



La sexualidad se transforma en sus manifestaciones y motivaciones, si bien el interés sexual permanece se adapta a las condiciones del envejecimiento. Como parte de este proceso se produce agotamiento físico y psíquico, enfermedades físicas y mentales, pérdida de atractivos físicos, preocupación por el trabajo o economía y en ocasiones pérdida de la pareja.

Vargas (2004)³⁷ plantea que existen una serie de ideas y creencias sociales que afectan la vivencia de la sexualidad en esta etapa. Se cree que la vida, el amor y el romance son patrimonio exclusivo de los jóvenes, y se idealiza la belleza del rostro y los cuerpos jóvenes asociados con atracción sexual y éxito. En este contexto la actividad sexual en las personas mayores es considerada inapropiada y hasta inmoral.

Las normas y prescripciones sociales afectan aún más la expresión de la sexualidad en las mujeres en esta etapa. La imagen social predominante de "abuelitas" -generalmente asexuadas- en el imaginario popular las lleva a excluirse de las posibilidades de disfrutar de su sexualidad, surgiendo además temores de que su cuerpo y su desempeño sexual no sean del agrado de sus parejas.

Para los varones, existen mitos que se centran en la importancia de la erección del pene para toda actividad sexual, y del coito como una única forma de "sexo real". Entonces en los hombres mayores se acentúan los sentimientos de inseguridad por la pérdida de la potencia sexual.

En términos generales es necesario destacar que en esta etapa se mantienen los sentimientos necesidades y expresiones sexuales, que estar informados sobre los cambios que se pueden presentar en la respuesta sexual, es importante para poder vivir una vejez tranquila, sexualmente activa y satisfactoria.

Las acciones a desarrollar en esta etapa son:

- Promover el reconocimiento y puesta en vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos y garantía para alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva posible.
- Facilitar el acceso a la información de la salud sexual y reproductiva de la adulta/o mayor por medio de tecnología apropiada.
- Fortalecer las capacidades de las adultas/os mayores a fin de puedan brindar apoyo a la educación en general y a la educación sexual de las niñas y niños y adolescentes de la familia.
- Brindar información sobre la menopausia y la andropausia: cambios físicos, fisiológicos y emocionales.
- Proveer de información referente al ejercicio de la sexualidad en esta etapa de vida, cuestionando los estereotipos referentes a la experimentación del placer sexual, sobre todo de la mujer.
- Fomentar el cuidado familiar y comunitario para las personas de edad, eliminando las violaciones y otras agresiones.
- Proveer información sobre el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama enfatizando en la necesidad del autocuidado y el autoexamen para conservar la salud.
- Proveer información sobre cáncer de próstata en los varones y abordar los estereotipos respecto a cuestionamiento de la virilidad asociados al examen.

³⁷ VARGAS, Trixys. Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas" Presentación en power point hecha el día 26 de Noviembre 2004.



3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

177

3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamiento y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.³⁸

Para el programa, una **familia saludable** es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios y valores así como actitudes positivas para la vida.³⁹

El rol de la familia en el proceso de formación de la sexualidad y la promoción de la salud sexual y reproductiva es muy importante, ya que ella cuenta con el recurso del afecto para facilitar el crecimiento sano y estable de sus hijas e hijos.

En la vida diaria existen una serie de barreras que encuentra la familia para cumplir con su misión educadora respecto a la sexualidad, la vergüenza, el desconocimiento de la sexualidad y el cuerpo, las dificultades en la comunicación, la manipulación en nombre del afecto y las relaciones desiguales entre sus miembros, en las que unos pueden tener más poder que otros.

Es importante reconocer que las decisiones de los hijos frente a la sexualidad están influidas por la orientación y el ejemplo de los padres o quienes están en el lugar de ellos. Las personas que se sienten amadas y valoradas son aquellas que tendrán conductas de autocuidado de su salud sexual y reproductiva y podrán vivir su sexualidad de una manera satisfactoria segura y responsable.

Las acciones a desarrollar en este Programa son:

- Impulsar las actividades de estimulación prenatal y estimulación temprana de las y los hijos mujeres y hombres hasta los 5 años, fomentando la participación de todos.
- Promover al interior de la familia la distribución de actividades y responsabilidades compartidas que permitan a mujeres y hombres el desarrollo de sus potencialidades, la horizontalidad en el trato así como la expresión de afectos, como elementos base de la construcción de los roles de género.
- Propiciar la generación y práctica de valores intrafamiliares: responsabilidad, solidaridad, equidad y respeto por el otro orientadas al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Promover la comunicación directa y clara así como la responsabilidad en la pareja en relación a la expresión de su sexualidad y la maternidad y paternidad deseada.
- Fomentar las expresiones respetuosas de amor y el derecho a la intimidad.
- Fortalecer la eliminación de barreras de información sobre salud sexual y reproductiva al interior de la familia, favoreciendo el acceso a fuentes científicas sencillas y confiables.
- Rescatar el rol de la familia como institución que fomenta el compromiso de sus miembros en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en torno a su salud sexual y reproductiva.
- Respetar la toma de decisiones informadas de los miembros de la familia: hombres y mujeres en relación a las expresiones de su sexualidad. En el caso de los niños pequeños las diferentes formas de expresión de autoerotismo, en los adolescentes y jóvenes además del autoerotismo, el enamoramiento, la opción de abstinencia y postergación de inicio sexual así como el inicio sexual

³⁸ Ministerio de Salud, Programa de Familias y Viviendas saludables. Año 2006.

³⁹ Concepto elaborado por el Equipo Técnico de la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana de la Dirección General de Promoción de la Salud.



responsable y protegido, y la fidelidad mutua en la pareja como medio de conductas sexuales y reproductivas saludables. En el caso de los adultos la posibilidad del disfrute de su sexualidad sin riesgos, presión o coerción, así como una maternidad o paternidad satisfactoria y en el caso de los adultos mayores la expresión de diferentes formas de su sexualidad.

- Favorecer la eliminación de todas las formas de violencia doméstica y violencia basada en género al interior de la familia.

En cuanto a la vivienda, el programa define a una *Vivienda Saludable*⁴⁰ como aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico.

Las acciones a desarrollar en la Vivienda son:

- Propiciar la separación de espacios para dormir entre los adultos, los niños y adolescentes, así como diferenciados por sexo en la niñez y la adolescencia.
- Propiciar espacios que garanticen privacidad en diferentes momentos del aseo y muda de ropa.
- Fomentar viviendas y entornos seguros que disminuyan la posibilidad de violencia externa (violaciones sexuales) a los miembros de la familia.

3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

El objetivo general del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas es contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas⁴¹.

El Programa fortalecer el accionar de promoción de la salud, involucrando a los estudiantes, profesores, padres de familia y comunidad educativa, con el fin de incorporar y fortalecer comportamientos saludables. Asimismo pretende hacer de las Instituciones Educativas un espacio lleno de vida, donde las niñas y niños, las y los adolescentes crezcan sanos y felices, donde se compartan valores para la vida, se identifiquen principios, se adopten comportamientos saludables, donde los docentes refuercen su vocación profesional y los padres de familia encuentren un ambiente acogedor.

Se considera una *Institución Educativa Saludable* a aquella que ha alcanzado estándares de mejoramiento en su entorno y cuya comunidad educativa mantiene comportamientos saludables en su vida cotidiana.

Las acciones importantes a desarrollar son:

- Promover la incorporación de contenidos sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en las sesiones educativas, acordes a las necesidades, edad y sexo de los alumnos. Los objetivos centrales de las sesiones educativas serán:
 - Acceso constante a información técnica y científica en salud sexual y reproductiva así como en metodologías participativas a fin de que puedan desarrollar competencias.
 - Facilitar la expresión de las diferentes inquietudes y preocupaciones de las alumnas y los alumnos referidas a la sexualidad.
 - Potenciar sus capacidades propiciando la responsabilidad de la salud física, psicosocial, salud sexual y reproductiva, y de su vida en general.
 - Favorecer actitudes de solidaridad, tolerancia y aceptación del otro y el desarrollo de la capacidad de respetar y promover la equidad entre varones y mujeres.

⁴⁰ Concepto de la Organización Panamericana de la Salud. Modificado por el Equipo Técnico de Promoción de Vida Sana de la DGPS MINSA En: <http://www.per.ops-oms.org/cente/ceremonia-central.htm>. Fecha de visita 12 de Julio del 2005.

⁴¹ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Año 2005.



- Contribuir al desarrollo de sujetos críticos, capaces de identificar y cuestionar estereotipos y prescripciones sobre las manifestaciones de la sexualidad y las formas de ser mujer y varón permitidos socialmente.
 - Promover a través de la participación activa de los alumnos en el aula (proponiendo temas, y normas que los rijan), el desarrollo de la autoestima y habilidades psicosociales como negociación, toma de decisiones y comunicación asertiva; manejo de la presión de grupo, indispensable para el ejercicio de una sexualidad responsable y segura.
 - Fomentar en las y los adolescentes la importancia de la solidaridad y el respeto a las escolares embarazadas a fin de estimularlas a seguir estudiando y no abandonar la escuela.
- Fomentar procesos de capacitación a los docentes, especialmente a los tutores que contemplen:
 - Aspectos informativos sobre psicología evolutiva, sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, así como desarrollo de habilidades para la vida, incluida la autoestima, negociación, comunicación asertiva y toma de decisiones.
 - Metodologías participativas que faciliten a los alumnos hagan suyos los conocimientos de acuerdo a sus vivencias, inquietudes y necesidades.
 - Aspectos vivenciales que les permita conectarse con sus propios sentimientos y experiencias a fin de propiciar una mayor empatía con la vivencia de las y los alumnas/os y permitirles identificar y cuestionar algunas actitudes.
 - Sensibilización e información a las asociaciones de padres y madres de familia sobre el desarrollo psicosexual, la salud sexual y reproductiva, y los derechos sexuales y reproductivos así como la importancia de su rol como padres y madres en la formación y educación sexual de sus hijas/os, favoreciendo procesos de desarrollo de habilidades que les permita a su vez generar habilidades para la vida en sus propias hijas/os.
 - Promover el entrenamiento de promotores escolares y líderes juveniles en temas vinculados a la salud sexual y reproductiva así como en metodologías participativas a fin de que puedan desarrollar acciones de información y orientación a sus pares.
 - Implementar los lugares de escucha al interior de las escuelas, como espacios privilegiados que promueven comportamientos y prácticas de vida saludable, a través del fortalecimiento de factores protectores y promoviendo decisiones informadas y autónomas respecto a la salud sexual y reproductiva. Estos lugares de escucha estarían atendidos por profesores tutores y promotores escolares entrenados a fin de poder brindarles orientación y en caso de así requerirlo, derivarlos a los proveedores del centro de salud con el que se coordine.
 - Promover que la infraestructura de las escuelas garantice condiciones de seguridad para el adecuado desarrollo de la salud sexual y reproductiva de las alumnas y alumnos.

3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables

El objetivo general del Programa es promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización⁴².

Una **Comunidad Saludable** es aquella comunidad, con capacidades para tomar decisiones, negociar e intervenir y resolver sus problemas de salud y proyectarse hacia el desarrollo integral de la comunidad. Para el mejoramiento de la salud en general y la salud reproductiva en particular es importante promover comportamientos y prácticas saludables, que sean efectivas y sostenidas, y por esta razón es necesario poner en acción a la comunidad.

⁴² Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.



Las acciones a desarrollar en este Programa son:

- Informar y sensibilizar a la comunidad en relación al respeto de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y niños, adolescentes, adultas/os y personas adultas mayores; promoviendo la vigencia, ejercicio y goce de éstos.
- Contribuir a la valoración en las diferentes instancias de la comunidad de la importancia de la sexualidad en la vida personal, social y cultural, ofreciendo espacios y condiciones para ejercer los derechos sexuales y reproductivos de cada integrante.
- Desarrollar un proceso de planificación participativa que permita recoger las necesidades en cada comunidad en el tema de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de identificar, evaluar y priorizar las principales necesidades en salud sexual y reproductiva según etapa de vida y plantear posibles soluciones a implementar con involucramiento de los diferentes actores.
- Coordinar y concertar intersectorial y multisectorialmente, para el establecimiento de un sistema de vigilancia de aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Promoción de un sistema de vigilancia ciudadana. Por ejemplo:
 - Promoción de un sistema de vigilancia de la maternidad saludable.
 - Promoción de un sistema de vigilancia de embarazos más desprotegidos: por ejemplo en la adolescencia, en madres solteras y en mujeres mayores, en zonas urbanas y principalmente rurales.
- Promover e involucrar a las autoridades municipales, agentes comunitarios (promotores de salud, parteras, vigías de salud) y otros líderes locales en acciones a favor de la salud sexual y reproductiva, reconociendo y revalorando su rol como actores claves.
- Fortalecer los recursos humanos en salud de las organizaciones sociales de base, incluyendo las organizaciones de mujeres, comités de salud, asociación de padres de familia, asociaciones de vecinos entre otros. A través de acciones de educación en salud sexual y reproductiva; en coordinación con los promotores de salud.
- Desarrollar actividades artísticas culturales dirigidas a niñas y niños y adolescentes así como actividades educativas sobre temas de sexualidad con metodologías activas y participativas como teatro, video forum, cine forum entre otros.
- Elaborar un directorio y un mapeo de instituciones, organizaciones y recursos de la comunidad en salud sexual y reproductiva.
- Incorporar el tema de promoción de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las redes sociales existentes.
- Sensibilizar a los medios de comunicación a fin de que puedan convertirse en aliados en la promoción de la salud sexual y reproductiva en la comunidad.

Un *Municipio Saludable*⁴³ es un espacio territorial en el cual las políticas públicas han consolidado entornos y propiciado comportamientos saludables en las personas, familias y comunidades; con la participación activa de sus autoridades políticas y civiles, instituciones, organizaciones públicas, privadas y comunidad organizada para contribuir al desarrollo local.

Las acciones a desarrollar a son:

- Diagnóstico participativo sobre salud sexual y reproductiva local (con énfasis en la maternidad segura y saludable), involucrando a principales actores sociales de la comunidad.
- A partir del diagnóstico, en coordinación con el área municipal respectiva y en el marco de las alianzas se procedería a desarrollar acciones de trabajo referidas a:
 - Capacitación a las mujeres y varones de las organizaciones sociales de base más representativas de la comunidad (vaso de leche, comedores populares, comités de salud, asociación de

⁴³ Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.



vecinos entre otros) sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva según etapas de vida y la importancia de su rol en el autocuidado de su salud y de los miembros de su familia.

- Difusión de mensajes educativos sobre el tema, a través de la radio local y los altoparlantes del distrito.
 - Capacitación a funcionarios y personal de los municipios sobre salud sexual y reproductiva y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
 - Participación en los diferentes espacios de concertación existentes, colocando en agenda el tema de la salud sexual y reproductiva.
 - Desarrollo de campañas de sensibilización a la población sobre temas claves en salud sexual y reproductiva, utilizando medios artísticos culturales en fechas claves, incorporando los criterios de interculturalidad para su ejecución.
 - colocar en la agenda pública los aspectos relacionados a la promoción de la salud sexual y reproductiva, que incluyan presupuestos para el desarrollo de las acciones.
- Promover que las bibliotecas municipales incorporen publicaciones sobre los temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, en formatos sencillos y cortos.

3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

El Programa tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con las familias, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas⁴⁴.

Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general.

Los trabajadores usualmente permanecen gran número de horas (por lo menos un tercio del día) en el centro laboral, lo que induce a considerar que este escenario es una oportunidad real de intervención. Para ello deben desarrollarse estrategias de información y de abogacía dirigidas al sector empresarial y gerencial de las empresas privadas y públicas, en un intento por estimular decisiones a favor del desarrollo de acciones específicas. Simultáneamente debe sensibilizarse a los representantes de los trabajadores (gremios sindicales, asociaciones, otros) y los propios trabajadores, a fin de destinar esfuerzos colectivos para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Las acciones a desarrollar son:

- Diagnóstico participativo de necesidades de aprendizaje sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva.
- A partir del diagnóstico, proceder a desarrollar acciones que requieren mínimamente:
 - Capacitación a las/os trabajadores sobre la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos.
 - Si tuviera cuna o guardería para los hijos de los trabajadores, capacitar a los responsables del cuidado sobre el desarrollo psicosexual de las niñas y niños y la importancia del vínculo afectivo promoviendo las acciones de estimulación temprana.
 - Insertar en las actividades recreativas por vacaciones escolares, talleres formativos sobre sexualidad para las hijas/os de los trabajadores, atendiendo a sus intereses y necesidades.
 - Ofrecer charlas informativas opcionales a los trabajadores sobre temas detectados de interés en el diagnóstico.
- Fomentar el cumplimiento de normas legales que protegen el ejercicio de la maternidad saludable para mujeres y varones en el país (permisos para asistir a los controles prenatales, lactancia materna, descansos, etc).

⁴⁴ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales – Documento de Trabajo. Mayo 2006.



- Promover la eliminación de todas las formas de discriminación en el trabajo (discriminación sexual, discriminación por ser portador del VIH, entre otras).
- Fomentar acciones de información sobre distintas formas de acoso sexual y propiciar el reconocimiento de todas las formas de violencia en el trabajo y promover acciones para su denuncia, sanción y erradicación.

El eje temático de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a través del desarrollo de estas acciones en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, espera contribuir con la implementación del Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud.



ANEXO 01: INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación hacemos algunas propuestas de indicadores de proceso por etapas de la vida y por programas, que podrían utilizarse para realizar el seguimiento de las diferentes acciones llevadas a cabo en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

| ETAPAS DE VIDA Y ESCENARIOS | INDICADORES |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIÑO (de 0 a 9 años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de niñas/os menores de 5 años que participan en sesiones de estimulación temprana. * % de niñas/os pre-escolares que reconocen sus genitales con nombre propio. * % de niñas/os que conocen sobre las diferencias sexuales, el aparato reproductor y el ciclo reproductivo, según su edad. |
| ADOLESCENTE (de 10 a 19 años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de adolescentes mujeres y varones que conocen sobre el ciclo reproductivo, y métodos anticonceptivos incluyendo el condón. * % de adolescentes mujeres y varones que reportan conversar con sus parejas sobre las relaciones sexuales. * % de adolescentes que tomaron una decisión informada para el inicio de sus relaciones sexuales. * % de adolescentes que usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. * % de adolescentes que deciden postergar el inicio de sus relaciones sexuales. * % de adolescentes que nombran sus derechos sexuales y reproductivos. <p><u>Gestante y madre adolescente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * % de gestantes adolescentes que conocen y participan activamente en sus atenciones prenatales. * % de gestantes adolescentes que conocen y practican la estimulación prenatal. * % de gestantes y/o madres adolescentes que continúan sus estudios. * % de madres adolescentes que postergan por más de dos años su siguiente gestación. * % de madres adolescentes que dan de lactar a sus bebés los primeros seis meses. |
| ADULTO (de 20 a 59 años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de mujeres y hombres que nombran sus derechos sexuales y reproductivos. * % de hombres y mujeres que ejercitan sus derechos sexuales y reproductivos. * % de hombres y mujeres que usan métodos anticonceptivos para planificar su familia. * % de hombres que participan en la crianza de los hijos y las labores domésticas. * % de mujeres que se realizan los exámenes de papanicolaou y de mama, para el cuidado de su salud sexual y reproductiva. * % de hombres y mujeres que identifican las instituciones que prestan ayuda en casos de acoso sexual y violación sexual. * % de hombres y mujeres que aceptan diferentes formas de expresar la masculinidad y la feminidad. |



| ETAPAS DE VIDA Y ESCENARIOS | INDICADORES |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestantes | <ul style="list-style-type: none"> * % de gestantes que acuden voluntariamente a por lo menos 6 atenciones prenatales. * % de gestantes que desarrollan actividades de estimulación prenatal. * % de mujeres que planificaron su embarazo actual. * % de mujeres que dan de lactar a sus bebés los seis primeros meses. * % de gestantes que manifiestan contar con el apoyo de su entorno familiar. |
| ADULTO MAYOR (de 60 a más años). | <ul style="list-style-type: none"> * % de adultas/os mayores que nombran sus derechos sexuales y reproductivos. * % de adultas/os mayores que ejercitan sus derechos sexuales y reproductivos. * % de adultos mayores que recibieron información sobre la menopausia y la andropausia. * % de mujeres que identifican las instituciones que prestan ayuda en casos de acoso sexual y violación sexual. * % de mujeres mayores que acuden voluntariamente al examen de papanicolaou y al despistaje precoz de cáncer de mama para el cuidado de su salud sexual y reproductiva. * % de varones mayores que acuden voluntariamente al examen de próstata para el cuidado de su salud sexual y reproductiva. * % de mujeres y varones mayores que inician actividades sociales, intelectuales y artísticas. |
| Programa de Familias y Viviendas Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * % de familias que participan en sesiones educativas relacionadas al ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva. * % de jefes de hogar que participan en sesiones educativas con temas referidos a los derechos sexuales y reproductivos. * % de familias que manifiestan practicar valores intrafamiliares como la solidaridad, equidad y respeto por el otro. |
| Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | <ul style="list-style-type: none"> * % de escuelas que desarrollan sesiones educativas sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva. * % de escuelas que desarrollan talleres de capacitación para profesores sobre psicología evolutiva, sexualidad, salud y derechos sexuales y reproductivos. * % de escuelas que desarrollan charlas informativas sobre desarrollo psicosexual de las niñas/os y adolescentes, a los padres de familia. * % de pares promotores y tutores entrenados en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, paternidad y maternidad responsable. * % de lugares de escucha sobre salud integral y salud sexual y reproductiva funcionando. * % de instituciones educativas que favorecen acciones de protección frente al maltrato infantil. |
| Programa de Municipios y Comunidades Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * % de municipios que tienen sistemas de vigilancia comunitaria sobre maternidad saludable, embarazos desprotegidos y prevención de violencia. * % de municipios que incorporan acciones para la salud sexual y reproductiva en sus planes y programas con presupuestos participativos. * % de bibliotecas municipales que incorporan publicaciones sobre temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva. * % de municipios que incorporan en sus políticas acciones relacionadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, maternidad y paternidad responsable en sus comunas. * % de casas de espera implementadas con gestión comunitaria. * N° de políticas públicas relacionadas a la salud sexual y reproductiva generadas por el gobierno regional y/o local. |



| ETAPAS DE VIDA Y ESCENARIOS | INDICADORES |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> * % de Gobiernos Regionales que incorporar los temas relacionados con la salud sexual y salud reproductiva en su agenda política. * % de comunidades que participan en el programa que han priorizado el tema de salud sexual y reproductiva como problema de salud. * % de comunidades que cuentan con planes de intervención y apoyo a las gestantes de mayor riesgo social en la comunidad. |
| Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales | <ul style="list-style-type: none"> * % de centros laborales que cumplen en el permiso de una hora para controles prenatales y lactancia de las gestantes y madres. * % de centros laborales que desarrollan acciones de capacitación sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva así como derechos sexuales y reproductivos. * % de centros laborales que promueven la paternidad y maternidad responsable. * % de centros laborales con cuna o guardería que capacitan a su personal sobre desarrollo psicosexual y socio afectivo de las niñas y niños. |



1. ALEXANDER, Franz y ROSS Helen (edit). *Psiquiatría dinámica*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
2. ANDERSON, Jeanine y col. *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú*. Lima, 2000.
3. ARIAS, ROSARIO Y ARAMBURU, CARLOS. *Uno empieza a alucinar. Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos*. Lima, REDESS Jóvenes, 1999.
4. CÁCERES, Carlos (ed). *Nuevos retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*. Lima, Redess Jóvenes, 1999.
5. CÁCERES, Carlos F. y SOBREVILLA, Luis A. (edit.) *Sexualidad humana. Manual para educadores y profesionales de salud*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.
6. CÁCERES, Carlos. *La reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los Jóvenes de Lima a la vuelta de milenio*. Lima, Redess jóvenes, 1999.
7. CÁCERES, Carlos; SALAZAR, Ximena; ROSASCO, Ana María y FERNANDEZ, Percy. *Ser Hombre en el Perú de hoy. Una mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y la homofobia*. Lima, Redess Jóvenes, 2002.
8. CALERO, Jorge Luis. *La infertilidad como evento de frustración personal. Vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos. Tesis para obtención del grado de Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva*. UPCH. 2004.
9. CENTER FOR POPULATION OPTION. *Cómo planear mi vida. Un programa para el desarrollo de la juventud Latinoamericana*, 1990.
10. CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTÁN; MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. *Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003.
11. COMITÉ DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER –CLADEM. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos: 1995-2002*. Lima, 2003.
12. DIXON-MUELLER, Ruth. *Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva*. En SEIDENSTEIN, Sondra y MOORE, Kirsten Editoras. *Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar*. Santiago de Chile. The Population Council. International Women's Coalition, 1999.
13. FERRANDO, Delicia. *El aborto clandestino en el Perú*. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, 2002.



14. FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Presentación en power point el día 28 de Mayo 2004. Hotel Prince, Lima.
15. GUEZMES, Ana; PALOMINO, Nancy y RAMOS, Miguel. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú Estudio Multicéntrico de la OMS.CMP Flora Tristán; Universidad Peruana Cayetano Heredia; OMS. Lima, 2002.
16. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2004. Informe preliminar, Abril del 2005.
17. LAGOS, Gloria. Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas", Noviembre 2004.
18. MAGALLANES, Marlene. "Significados sociales del embarazo y uso de servicios prenatales". Tesis para obtención del grado de Magíster en Salud Pública. UPCH. 2001.
19. MINSA/DGSP/Dirección Ejecutiva de Atención Integral. Guías Nacionales de Atención de la salud sexual y reproductiva. Lima, 2004
20. MINSA/OGE. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Lima, Mayo, 2005.
21. OLAVARRÍA, José; BENAVENTE, Cristina y MELLADO, Patricia. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile, FLACSO, 1998.
22. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Violencia sexual basada en género y salud. ISBN: 92 75 32264 3. 2002.
23. PEREZ, Freddy; QUINTANA, Alicia; HIDALGO, Catalina y DOUREJANNI, Diego. Sexualidad y mujeres jóvenes. Negociación, protección y placer. Lima, Instituto de Educación y Salud, IES; 2003.
24. PICK, Susan, GIVAUDAN Martha y MARTINEZ, Angela. Aprendiendo a ser papá y mamá. De niñas y niños desde el nacimiento hasta los 12 años. México, Grupo Editorial El Planeta, 1995.
25. PROFAMILIA. Derechos Sexuales y Reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos. Bogota, 1998.
26. QUINTANA SANCHEZ, Alicia y VASQUEZ DEL AGUILA, Ernesto. Construcción social de la sexualidad adolescente. Lima. Instituto de Educación y salud, 1999.
27. RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá, Editorial Médica Panamericana. 2001.
28. ROJO, Gina. "Influencia de la Violencia de la pareja en el embarazo no planificado, Hospital de Calana, Tacna 2000". s/p, "Influencia de la Violencia de la pareja en las complicaciones del embarazo, C.S. Callao, 2002".s/p, "Rol



del profesional de la salud en la detección y prevención de la violencia familiar", II Congreso Internacional de Obstetricia y Perinatología-INEN, 2004.

29. SÁNCHEZ VILLEGAS, Margarita y LOPERA URIBE, Gloria. Cómo promover en los niños estilos de vida saludables: manual para mediadores de la Aventura de la Vida. Medellín, Editora Surgir, Edex, Klecktivoe, País Vasco. Ministerio de Asuntos Internos, España, 1997.
30. SANTARELLI, C. "Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. OMS. 2002.
31. VARGAS, Mery; SILES, Abraham; ACEVEDO, Juan Francisco y SIBILE Patricia. Actuación de la Policía Nacional y el Instituto de Medicina Legal frente a las Agresiones sexuales a Mujeres. En: Cáceres, Carlos (ed) Nuevos Retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú. Redess Jóvenes, 1999.
32. VARGAS, Rosana, VARGAS, Elizabeth y PEREZ LUNA, Griselda. Guías Para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente. Lima, Redess jóvenes, 2000.
33. VARGAS, Trixsy. Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas". Presentación en power point del día 27 de Noviembre 2004.





**Modelo de Abordaje
de promoción de la salud en el Perú,
acciones a desarrollar en el eje temático de**

HABILIDADES PARA LA VIDA

Elaborado por:
Lelis Mendoza Vilca
Mercedes Arévalo Guzmán

Consultora: Dorina Verau

Revisión:
María Elena Flores Ramírez
Nancy Fuk Reynoso

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCCIÓN | 193 |
| CAPÍTULO I | 194 |
| 1.1 SITUACIÓN SOBRE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL PERÚ | 194 |
| 1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA | 195 |
| CAPÍTULO II | 198 |
| 2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA | 198 |
| 2.2 DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA | 198 |
| CAPÍTULO III | 201 |
| 3.1 ACCIONES A DESARROLLAR EN LA PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA | 201 |
| 3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA | 201 |
| 3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años) | 201 |
| 3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años) | 202 |
| 3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años) | 203 |
| 3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años) | 203 |
| 3.3 ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | 204 |
| 3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 204 |
| 3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | 204 |
| 3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 205 |
| 3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en los Centros Laborales | 206 |
| ANEXO: | |
| INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE HABILIDADES PARA LA VIDA | 207 |
| BIBLIOGRAFÍA | 209 |



El Ministerio de Salud define a la promoción de la salud como el proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar y hacer frente a su entorno.

La Dirección General de Promoción de la salud (DGPS) tiene dentro de las funciones que le han sido asignadas la formulación de políticas y planes de promoción de la salud concertada con los niveles regionales, así como el diseño de estrategias de implementación de servicios y gestión sanitaria que incorporen el enfoque de promoción de la salud orientado a la generación de estilos de vida y entornos saludables.

En ese sentido la DGPS ha desarrollado el Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud, en el que se consideran los enfoques y estrategias dirigidas a la población sujeto de intervención con la finalidad de lograr entornos saludables y desarrollar comportamientos saludables; este modelo plantea intervenir en los diferentes escenarios de interacción social como son: vivienda, institución educativa, municipios, centro laboral y la comunidad en general.

La forma de operativizar este modelo es a través de los cuatro programas en promoción de la salud: Programa de Familias y Viviendas Saludables, Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, , Programa de Municipios y Comunidades Saludables, Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales.

El presente documento, esta dirigido al personal de salud, comprende las pautas para desarrollar las acciones del Eje Temático Habilidades para la Vida, según Etapas de Vida y Programas de Promoción de la Salud.



1.1 SITUACIÓN SOBRE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL PERÚ

Las personas necesitan de ciertas habilidades para enfrentar positivamente los retos y desafíos de la vida diaria; así cuando no hay un desarrollo adecuado de las mismas se presentan dificultades en la interacción social familiar, como por ejemplo la violencia en todas sus formas de manifestación, y al riesgo psicosocial al que están expuestos generalmente los niños y adolescentes.

Con respecto a la **población infantil**, hay consenso en señalar que está cada vez más expuesta a situaciones de peligro y riesgo psicosocial, tanto fuera como dentro de su propia casa. Así, por ejemplo, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM) 2002¹, refiere que el 36.2% de las personas adultas encuestadas maltratan psicológicamente a sus hijos, insultándolos o desvalorizándolos, cuando no obedecen o cuando no hacen las tareas, mientras que el 43.2%, alguna vez ha castigado físicamente a sus hijos, aduciendo como razones la desobediencia, las peleas con los hermanos o las bajas notas. En el año 2004, de todos los casos atendidos por las Defensorías Municipales del Niño y del Adolescente - DEMUNAS,² se registraron 3953 casos de maltrato infantil y 601 casos de atentado contra la libertad sexual, máxima expresión de violencia contra niñas y niños.

Respecto a la **población adolescente**, según el EEMSM 2002, la depresión es el trastorno emocional que más les afecta. Relacionado con ello, un porcentaje significativo de adolescentes (29.1%) "alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas", mientras que casi un tercio (3.6 %) de los adolescentes que intentaron hacerse daño alguna vez, considera aún el intento de suicidio como una posibilidad de solución a sus problemas. Los motivos son: problemas con los padres, problemas con otros familiares, los estudios y problemas económicos.

El mismo estudio reporta que los adolescentes se inician en el consumo de alcohol alrededor de los 12 años y de sustancias como la marihuana y cocaína a los 13 años. Mayormente, los adolescentes consumen alcohol (68.4%) y tabaco (30.4 %). Respecto de la **violencia**, señala que el 23.5% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo conducta violenta (peleas con empleo de armas, abuso físico a otros, etc.), mientras que 50% ha sido víctima de algún tipo de abuso en algún momento de su vida; siendo los adolescentes de la zona andina los más vulnerables.

Con respecto a la **salud sexual y reproductiva** son dos los problemas principales que enfrentan: el embarazo no deseado y las ITS, VIH y SIDA. La principal causa es la iniciación sexual precoz sin protección, que estaría asociada a la falta de información, la incapacidad para negociar el uso de métodos de protección, o a la escasa capacidad de hacer frente a la presión de pares o de la pareja³.

Específicamente, sobre Habilidades para la Vida (HpV) según el estudio realizado en escolares por AMARES⁴ (2003), el 36% de dicha población refiere que "nunca se considera una persona valiosa", el 36% que "cuando tiene problemas trata de resolverlos solo", mientras el 80% presenta niveles entre bajo y mediano de asertividad.

¹ Realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", Lima, Perú 2002.

² Información proporcionada por la ONG Acción por los Niños, 2004.

³ En Lineamientos de Políticas de Salud de los Adolescentes, DGSP, MINSA, Diciembre 2004.

⁴ En "Estudio Diagnostico Basal sobre Habilidades para la Vida en Escolares de 3 redes de colegios estatales", AMARES. Dic 2003.



Otro estudio, realizado en el 2003 por la Oficina de Tutoría y Prevención Integral – OTUPI del Ministerio de Educación - MINEDU⁵, señala que el 31.3% de **adolescentes presentan serias deficiencias en todo su repertorio de habilidades sociales**. Es decir, 31 escolares adolescentes de cada 100, presentan significativas deficiencias de habilidades sociales. En general, los escolares del país tienen serias deficiencias en habilidades relacionadas con sentimientos, enfrentamiento de la ansiedad y afirmación personal, pero mientras las mujeres presentan mayores habilidades sociales, especialmente relacionadas con los sentimientos, los varones tienen mayores habilidades sociales relacionadas con la autoafirmación personal. Según el mismo estudio son los alumnos de las regiones Huancavelica, Ancash, Ayacucho, Pasco y Lima, aquellos con mayores necesidades de entrenamiento en habilidades sociales.

En personas **adultas y familias**, la violencia, influye negativamente en la salud, la educación, el trabajo y la seguridad tanto individual como colectiva. El estudio de Anicama (1999)⁶ por ejemplo, encontró que la prevalencia de la violencia intrafamiliar en Lima es significativamente alta: 35% de la población reportó haber recibido violencia psicológica y 17.4% haber sido víctima de violencia física.

1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA

Existen **teorías**⁷ que dan fundamento a las Habilidades para la Vida, así tenemos:

Teoría del Aprendizaje Social, conocida como el Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social (Bandura 1977). Sostiene que los niños, aprenden por observación, imitando lo que las personas adultas hacen, notando las consecuencias de las acciones, pero es la recompensa o castigo que recibe por emitir determinada conducta lo que hará que ésta se repita.

Esta teoría, fundamenta que las HpV no pueden enseñarse por simple instrucción, sino que se necesita de la práctica continua.

Teoría de la Influencia Social, basada en Bandura y en la teoría de la inoculación psicosocial (McGuire, 1964, 1968). La influencia social, reconoce que los cambios en el comportamiento de una persona son inducidos por las acciones de otros. Cuando las personas interactúan, casi siempre afectan el comportamiento de los demás.

Esta teoría, da lugar al desarrollo de habilidades sociales para la “resistencia de la presión de pares”.

Teoría de las Inteligencias Múltiples, Howard Gardner, propuso la existencia de ocho inteligencias humanas: las lingüísticas, lógico matemáticas, musical, espacial, corporal, naturalista, interpersonal e intrapersonal. Sostiene que las personas nacemos con las mismas inteligencias pero que éstas se desarrollan en diferente grado, por tanto, cuando nos enfrentamos a un problema cada quien lo resuelve de forma diferente. Fundamenta la enseñanza de una gama más amplia de habilidades y la utilización de métodos de instrucción diferentes en los programas de HpV.

Daniel Goleman (1997), profundizó en este pensamiento. El define dos inteligencias: la intrapersonal (habilidad para comprender los propios sentimientos y motivaciones) y la interpersonal, (la habilidad para entender y discernir los sentimientos e intenciones de otros). Sostiene que saber como controlar las emociones es tan importante para tener éxito en la vida como lo es el intelecto.

Teoría de la Resiliencia y Riesgo, plantea la existencia de factores internos y externos que protegen y fortalecen a las personas contra condiciones adversas o de riesgo del entorno, tales como la pobreza, la

⁵ En Informe General sobre “Situación de las Habilidades Sociales en Escolares del Perú”. MINED/OTUPI, 2003.

⁶ En “Estudio Epidemiológico Violencia y Comportamientos Asociados en Lima Metropolitana”. UNFV, 1999.

⁷ En “Enfoque de Habilidades para La Vida para un Desarrollo Saludable de Niños y Adolescentes”, OPS, Septiembre, 2001.



precariedad y la violencia, que pueden resultar en conductas poco saludables. Dentro de los factores de protección interna, están: la autoestima, las habilidades socio cognoscitivas, la aptitud social, las habilidades de resolución de conflictos y el locus de control interno; mientras que los factores de protección externa incluyen la existencia de relaciones positivas con la familia, los pares, la escuela y la comunidad. (Rutter 1987).

Las HpV promueven la resiliencia en niñas, niños, adolescentes y adultos, es decir, su capacidad de enfrentar la adversidad, forjando un comportamiento vital positivo.

Teoría de la Psicología Constructivista, sostiene que el desarrollo cognitivo individual es el resultado de la colaboración entre las personas. El desarrollo del conocimiento no se centra en el individuo, sino en lo que éste llega a aprender y comprender mediante las interacciones sociales. (Piaget y Vygotsky).

Desde esta teoría, el entorno del aprendizaje es sumamente importante, lo mismo que el contexto cultural al momento de darle significado a los currículos de HpV.

Teoría del Desarrollo del Ciclo Vital⁸, se encarga de estudiar la continuidad como, el cambio del comportamiento durante toda la vida (Baltes, 1987). La vida está marcada por diversos hitos en el desarrollo; momentos notables, marcadores o de cambio, por ejemplo el ingreso al colegio, elegir pareja, jubilarse, etc. En cada etapa, la persona enfrenta tareas que debe dominar para obtener un desarrollo óptimo. Erick Erickson (1903-1994), su principal exponente, postula que enfrentamos un “dilema (o crisis) psicosocial” específico en cada etapa de vida⁹. La resolución de cada dilema crea un nuevo equilibrio entre una persona y la sociedad. Cuando las personas tienen éxito en lograr las tareas se produce un desarrollo sano, lo contrario, da lugar a la aparición de problemas e insatisfacción.

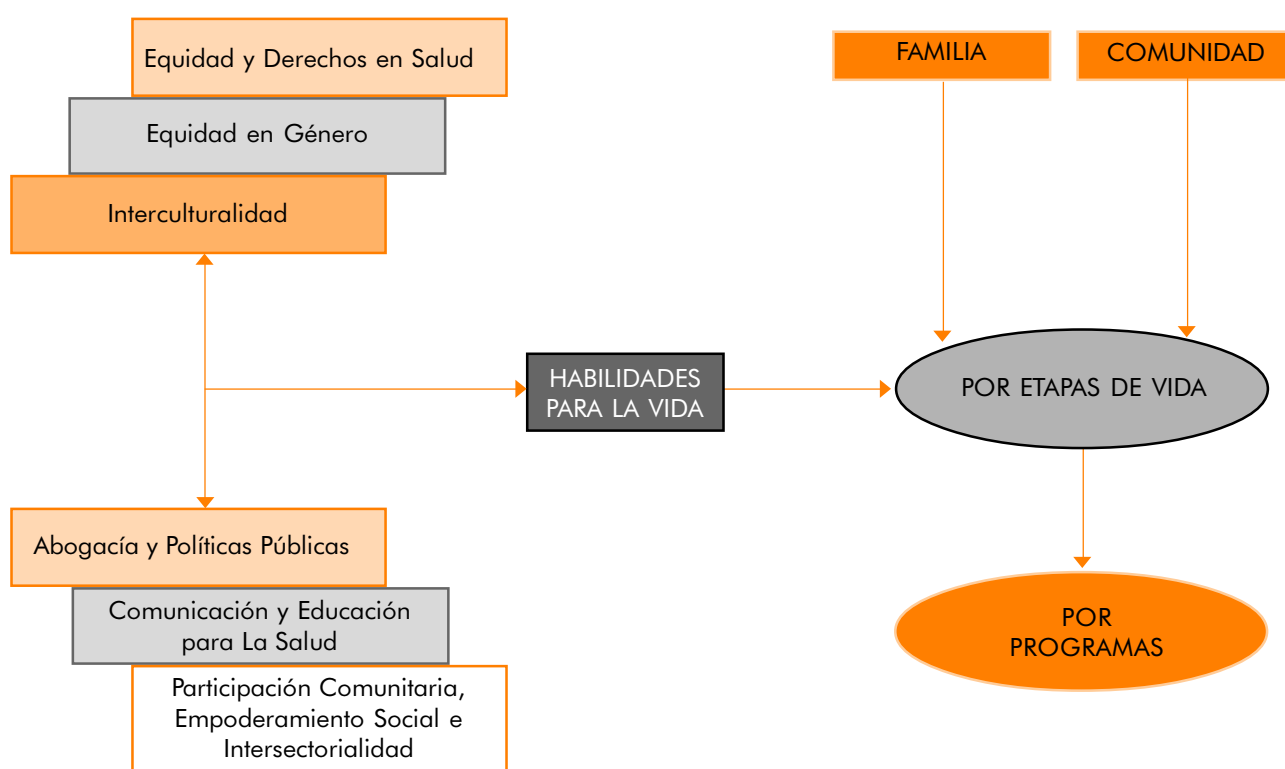
Esta teoría sugiere la importancia de implementar programas de adquisición de HpV durante todas las etapas del desarrollo humano.

Teniendo en cuenta el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud, presentamos un esquema holístico de intervención operativa que tiene como eje central la promoción de las **Habilidades para la Vida** por Etapas de Vida (Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor), en el contexto familiar y comunitario, a través de los Programas de Promoción de la Salud: Programa de Familia y Viviendas Saludables, Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, Programa de Municipios y Comunidades Saludables, y Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales.

⁸ En “*Psicología, Exploración y Aplicaciones*” de Dennis Coon. 1999. Cap 5 Del Nacimiento a la Muerte. Págs. 128- 157.

⁹ Un dilema psico social es un conflicto entre los impulsos personales y el mundo social.





2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA

La Dirección General de Promoción de la Salud propone que las HpV se trabajen en cada etapa de vida y en los escenarios de intervención de Promoción de la Salud, debido a que la obtención HpV facilitan la adquisición de conocimientos, el cambio de actitudes y la capacidad de incorporar nuevos hábitos y prácticas de salud.

En este sentido es importante el fortalecimiento de las competencias técnicas de los recursos humanos en HpV que les permita desarrollar talleres de capacitación periódica para los profesionales de salud, agentes comunitarios y promotores de salud, así como el gestionar el apoyo de las universidades, la cooperación externa y la sociedad civil para las acciones de capacitación de recursos humanos en HpV.

Las coordinaciones intersectoriales y establecimiento de alianzas multisectoriales para la promoción de habilidades para la vida es importante por que permite trabajar concertadamente a través de las redes sociales, los gobiernos regionales, locales y otros actores de la sociedad civil evitando la duplicidad de las acciones, potenciando los recursos humanos y materiales que permitan lograr los objetivos trazados.

Asimismo es de vital trascendencia que todas las acciones dirigidas a promover HpV sean evaluadas en sus distintas etapas para asegurar su eficacia y su funcionamiento. Al mismo tiempo, es importante desarrollar investigación en el tema, para tener la evidencia de las intervenciones con HpV.

La incorporación de acciones de educación en HpV por etapas de vida constituye un desafío que debe enfrentarse creativamente, innovando estrategias, teniendo un especial cuidado en responder a las necesidades, intereses y expectativas de cada grupo en su diversidad cultural; desde promoción de la salud se buscará incidir y reforzar aquellas habilidades que empoderen a cada persona -según la etapa de vida en la que se encuentre-, familia y comunidad, de acuerdo a sus necesidades de desarrollo y según la situación de vulnerabilidad que enfrenten con frecuencia.

2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES PARA LA PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA

Habilidades para la Vida, son aquellas aptitudes o destrezas necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita enfrentar eficazmente los retos y desafíos de la vida diaria (OPS, 2001). Son herramientas, que contribuyen al logro del empoderamiento y al fortalecimiento de las competencias individuales. Las HpV comprenden las **habilidades sociales**, que son las “conductas específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad”.¹⁰ **Habilidades cognitivas**, son las habilidades intra psíquicas que permiten el procesamiento consciente del pensamiento e imágenes. Implica la capacidad de mirarse internamente (introspección), la capacidad de analizar los significados atribuidos a las cosas (representación mental), y la capacidad de tomar decisiones. **Habilidades para el control de emociones**, son aquellas que nos permiten administrar nuestros sentimientos y emociones. Tiene que ver con la habilidad para soportar fuertes tensiones ambientales y sociales como acusaciones, quejas, presiones de grupo, ambigüedades, etc.

¹⁰ Monjas MI. (1999) Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS). Madrid: CEPE.



Conocimiento de uno mismo, implica reconocer nuestro ser, carácter, fortalezas, debilidades, gustos y disgustos, a través de una evaluación interna o introspección. Requiere de objetividad para identificar lo positivo y negativo que tenemos como personas. El conocimiento de uno mismo facilita reconocer que aptitudes tenemos, para que o en que somos buenos, con base a ello desarrollamos nuestra propia valoración o **autoestima**. La autoestima por tanto es la resultante del auto conocimiento, la auto aceptación y del sentimiento de valía personal. Se define como la capacidad de sentir amor y respeto por uno mismo. Ejemplo: Cuando un adolescente sabe cuales son sus habilidades y potencialidades, puede usar esta información para hacer la elección de su profesión o carrera.

Empatía, es la capacidad de “ponerse en los zapatos del otro” e imaginar cómo es la vida para esa persona, incluso en situaciones con las que no estamos familiarizados. La empatía nos ayuda a aceptar a las personas diferentes a nosotros y mejorar nuestras interacciones sociales. Nos ayuda a fomentar comportamientos solidarios y de apoyo hacia quienes necesitan cuidados, asistencia o aceptación, como los enfermos de SIDA, las personas con alguna limitación física, con trastornos mentales, o los desplazados por el conflicto interno, quienes con frecuencia son víctimas del estigma y ostracismo social. Ejemplo: Una niña o niño empático no hará objeto de bromas ni burlas, a una amiguita o amiguito con discapacidad física o mental.

Comunicación efectiva o asertiva, es la capacidad de expresarse, tanto verbal como no verbalmente, en forma apropiada a la cultura y a la situación. Permite expresar lo que se quiere, siente y piensa en una determinada situación. Implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a las personas a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva también se relaciona con nuestra capacidad de pedir consejo o ayuda en momentos de necesidad y salir airoso de una situación de riesgo. Ejemplo: Un adolescente capaz de pedir ayuda o consejo cuando está siendo presionado por su grupo de pares para consumir alcohol.

Relaciones Interpersonales, esta destreza nos ayuda a relacionarnos en forma positiva con las personas con quienes interactuamos, a tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para nuestro bienestar mental y social, a conservar buenas relaciones con los miembros de la familia - una fuente importante de apoyo social - y a ser capaces de terminar relaciones sentimentales y laborales de manera constructiva. Ejemplo: el trabajo en equipo en el centro laboral.

Toma de decisiones, es un proceso cognitivo, racional y reflexivo importante, que lleva a una persona hacer una elección ante determinada situación o problema. Nos facilita manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas. De la toma de decisiones depende el bienestar, la salud, el logro de objetivos, metas, realización personal y grupal. Ejemplo: un adolescente que decide postergar su iniciación sexual a pesar de la presión de sus compañeros.

Solución de problemas y conflictos, nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en la vida. Los problemas importantes que no se resuelven pueden convertirse en una fuente de malestar físico (trastornos psicósomáticos) y mental (ansiedad y depresión), o transformarse en problemas psicosociales adicionales (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas). Se relaciona con la capacidad de solución de pequeños y grandes conflictos de forma constructiva, creativa y pacífica, como expresión de una cultura por la paz. Ejemplo: un padre de familia que utiliza la negociación con su hijo en lugar de recurrir a la violencia.

Pensamiento creativo, consiste en la utilización de los procesos básicos de pensamiento para desarrollar o inventar ideas o productos novedosos, estéticos, o constructivos, relacionados con preceptos y conceptos, con énfasis en los aspectos del pensamiento que tienen que ver con la iniciativa y la razón. Contribuye en la toma de decisiones y en la solución de problemas, lo que nos permite explorar las alternativas disponibles y las diferentes consecuencias de nuestras acciones u omisiones. Nos ayuda a ver más allá de nuestra experiencia directa, y aún cuando no exista un problema o se haya tomado una decisión, el pensamiento creativo nos ayuda a responder de manera flexible a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana. Ejemplo: un niño pequeño que hace una pelota de trapo para jugar en vez de frustrarse por no tener una de cuero.



Pensamiento crítico, es la habilidad para analizar la información y las experiencias de manera objetiva. La persona crítica hace preguntas y no acepta las cosas en forma crédula, sin un análisis cuidadoso en términos de evidencia, razones y suposiciones. Aprende a hacer una lectura más personal y objetiva de la publicidad y la enorme avalancha de información transmitida a través de los medios masivos de comunicación. Contribuye a la salud y al desarrollo personal y social. El pensamiento crítico nos ayuda a reconocer y evaluar los factores que influyen en nuestras actitudes y comportamientos y a analizar la violencia, la injusticia y la falta de equidad social. Ejemplo: un joven que es capaz de discriminar que una determinada marca de cerveza no lo hace popular ni exitoso.

Manejo de emociones y sentimientos, nos ayuda a reconocer sentimientos y emociones, propios y de los demás, a ser conscientes de cómo influyen en nuestro comportamiento social, y a responder a ellos en forma apropiada. Ejemplo: no insistir en una conversación cuando nos sentimos molestos o irritados.

Manejo de tensiones y estrés, nos permite reconocer las fuentes de estrés y sus efectos en nuestra vida, desarrollar una mayor capacidad para responder y controlar el nivel de estrés, realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés -por ejemplo, haciendo cambios en nuestro entorno físico o en nuestro estilo de vida- y aprender a relajarnos, de tal manera que cuando el estrés sea inevitable la tensión no nos genere problemas de salud. Ejemplo: personas adultas mayores participando de clases de Tai chi.

CARACTERÍSTICAS DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA.

Las HpV son específicas para cada cultura, cada habilidad está compuesta por varios elementos, determinados por las normas y valores que definen lo que es un comportamiento apropiado en cada contexto social y cultural. Por ejemplo, en general, la habilidad de comunicarse en forma efectiva o asertiva incluye elementos como: contacto visual, nivel y tono de la voz, postura corporal, gestos faciales, y espacio interpersonal. Sin embargo, la forma de comunicarse de manera asertiva puede ser diferente para cada cultura. En China es considerado descortés que un niño, sea hombre o mujer, mire al adulto al hablar, mientras que para las culturas occidentales es lo opuesto. En muchos lugares de nuestra zona andina muchos niños, y especialmente las niñas, hablan en voz muy baja y sin mirar de frente.

Son genéricas, en la medida que una misma habilidad es importante y tiene aplicación en el manejo de distintas situaciones cotidianas y de riesgo psicosocial. Así por ejemplo la asertividad en la mujer adulta puede desempeñar un papel importante para: la autonomía en las decisiones relacionadas al cuidado de su salud reproductiva, encarar situaciones de conflicto en su trabajo y defenderse frente a la violencia doméstica.

No son únicas o exclusivas, no existen habilidades únicas o exclusivas para cada situación o problema de salud, aunque en ciertas circunstancias algunas destrezas pueden ser más relevantes que en otras. El comportamiento de las personas es en extremo complejo y en la práctica existe una relación muy estrecha, entre las distintas HpV. Por ejemplo, entre las distintas destrezas que se pondrían en juego para resolver los conflictos, estarían el pensamiento crítico, la empatía, la solución de problemas y el manejo de emociones, que tienen que estar acompañadas de comunicación asertiva y una adecuada toma de decisiones.



3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA

El desarrollo de las acciones para la Promoción de las HpV se propone por etapas de vida y por escenarios de intervención mediante los Programas de Promoción de la Salud.

3.2 ACCIONES EN LAS ETAPAS DE VIDA

El ser humano tiene un ciclo vital, durante éste atraviesa por diferentes etapas en cada una de las cuales adquiere un logro psicosocial específico para desarrollarse armónicamente.

3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

Comprende los subgrupos: niño por nacer, recién nacido, niño menor de 1 año, de 1 a 4 años y niño de 5 a 9 años. La niñez, es considerada la base principal de las intervenciones en promoción de la salud; tienen el propósito de proteger los derechos y el potencial cognitivo, emocional, social y físico, de los niños, lo que asegurará mejores resultados en las intervenciones siguientes de las etapas de la vida.

La enseñanza de HpV a padres, madres y personas adultas resulta de trascendental importancia por el impacto positivo que puede tener en la provisión de cuidados y atenciones que se requieren en los primeros años de vida.

Del mismo modo se incidirá en la enseñanza de HpV en la etapa escolar, lo cual facilitará que niños y niñas aprendan a expresar su personalidad de manera espontánea, establezcan relaciones afectivas adecuadas y hagan mejor uso de sus recursos internos y externos, con los que cuentan ante situaciones de riesgo.

En esta etapa de vida se trabajarán ocho habilidades específicas a través de talleres interactivos participativos los mismos que deberán ser ejecutados inicialmente por el personal de salud con la propósito de capacitar los docentes de las instituciones educativas quienes finalmente desarrollarán estos temas con los alumnos y padres de familia. Asimismo se hará el monitoreo y seguimiento de cada una de las acciones en forma periódica.

Las acciones de HpV a desarrollar son:

- Fortalecer las **relaciones interpersonales positivas** para lograr el establecimiento de relaciones afectivas y de confianza con los padres o personas conocidas para preguntar y solicitar ayuda cuando lo requieran.
- Fomentar en la niña o niño la **comunicación asertiva** para el ejercicio de una comunicación oportuna, clara y directa de sus necesidades y opiniones.
- Promover el **manejo de emociones y sentimientos** encaminado a que las niñas y los niños tengan una expresión adecuada de sus afectos, que les permita decir lo que quieren, sienten y piensan respetándose y respetando los derechos de los demás.
- Fomentar la **asertividad y solución de problemas y conflictos** orientados a generar en las niñas y niños la práctica de estrategias sencillas para la solución de sus problemas.
- Promover la **empatía** permitiendo que las relaciones interpersonales estén basadas en el respeto, la tolerancia, la igualdad y la solidaridad.



- Impulsar el desarrollo del **pensamiento creativo** para potencializar la imaginación de la niña y niño y el uso productivo de su tiempo libre.
- Promover el **conocimiento de uno mismo y la toma de decisiones** en el niño y la niña encaminada hacia la generación del hábito de la seguridad personal.
- Impulsar el desarrollo del **pensamiento crítico y creativo** buscando que las niñas y los niños generen mecanismos de protección frente al riesgo de las adicciones al video juegos y la televisión.

3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)

Comprende dos sub grupos: adolescentes de primera fase, entre 10 a 14 años y adolescentes de segunda fase de 15 a 19 años.

La adolescencia constituye uno de los periodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Entre los más importantes: la madurez del sistema reproductor, el desarrollo de la autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto. En esta etapa surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, que dan origen a su vez a nuevos comportamientos. La influencia de los amigos y de los medios de comunicación adquiere importancia. Las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán en su salud y en su desarrollo físico-psicosocial y les afectará durante toda su vida. Es una época en la que se requiere nuevas competencias y conocimientos.¹¹

La adquisición de HpV en la adolescencia facilitará la construcción de la identidad, el desarrollo del proyecto de vida, el establecimiento de relaciones positivas en el seno de su familia, con los amigos, en el barrio, la escuela y la resolución no violenta de los conflictos. Buscará también fortalecer las capacidades internas y externas para enfrentar las dificultades de la vida cotidiana.

Las acciones de HpV a desarrollar:

- Promover en las y los adolescentes la **toma de decisiones**, para lograr el establecimiento de metas en la vida, con objetivos claros y una ruta a seguir. Tomar decisiones implica hacer un análisis de las alternativas, elegir una respuesta y asumir las consecuencias de los resultados.
- Fortalecer las conductas **asertivas** en las y los adolescentes que implica saber hacer frente a la presión social, comunicando de manera afectiva lo que cree y siente sin temor.
- Reforzar el **autoconocimiento** que permitirá que las y los adolescentes se valoren como personas, cuiden su cuerpo y su salud, y desarrollen al máximo sus cualidades.
- Fortalecer el **pensamiento creativo** en las y los adolescentes que les permitan desarrollar su capacidad de inventar y crear utilizando productivamente su tiempo libre
- Reforzar el **manejo de emociones** en las y los adolescentes para lograr la expresión adecuada de los afectos, diciendo lo que quieren, piensan y sienten respetándose y respetando los derechos de los demás.
- Fomentar las **relaciones interpersonales** que les permitan establecer relaciones afectivas positivas en su familia, escuela y barrio.
- Promover la **solución de problemas y conflictos** haciendo uso de los mecanismos de una negociación especialmente frente a situaciones de violencia.
- Promover la emisión de conductas **empáticas** en las y los adolescentes para la generación de relaciones interpersonales saludables.
- Estimular el **manejo de tensiones y estrés** en las y los adolescentes.
- Fomentar el **pensamiento crítico** para desarrollar la capacidad crítica en las y los adolescentes que permita el análisis de su entorno, especialmente lo relacionando a la información de los medios de comunicación y la influencia de sus pares.

¹¹ OMS Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Ginebra, 1999.



3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)

La educación en HpV en la etapa adulta en general, buscará contribuir a la salud y el bienestar de las personas, haciendo que estas logren un mayor ajuste y adaptación en el plano familiar, laboral y social, mientras contribuye constructivamente con el mundo que lo rodea.

Las HpV forman mujeres y hombres afectivos, autónomos, respetuosos, tolerantes, críticos, solidarios y conscientes de su realidad y comprometidos con su transformación.

En esta etapa de vida se realizarán talleres de capacitación en coordinación con el sector salud, educación y las organizaciones de base.

Las acciones de HpV a desarrollar son:

- Reforzar la **toma de decisiones** en las y los adultos para fomentar decisiones voluntarias y responsables respecto a su vida familiar, sexual, laboral y social.
- Fortalecer las **relaciones interpersonales** para mantener relaciones afectivas positivas con los demás miembros de su familia, su trabajo y su comunidad.
- Fortalecer el **pensamiento crítico** de las y los adultos, para analizar las diferentes situaciones a las que se ven enfrentadas las personas en su vida diaria.
- Reforzar el **control de las emociones, la tensión y el estrés** a través de estrategias como la relajación, ejercicios físicos y mentales, para tolerar el estrés y la tensión emocional producto de la interacción social diaria.
- Fortalecer las acciones de **empatía** en las y los adolescentes que les permitan reconocer y entender los sentimientos de la otra persona para actuar consecuentemente con ella.
- Reforzar el **pensamiento creativo** a través de la recreación y el entendimiento reflexivo.

3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años)

Se divide en adulto mayor independiente, adulto mayor frágil y adulto mayor dependiente.

Las HpV en el adulto mayor contribuirán a que las personas en esta etapa realicen un balance positivo de su pasado, valorando su experiencia, fomentando la integración familiar y social, para vivir con mayor satisfacción el resto de su vida.

Es importante recordar que el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud concibe a las personas en constante interacción y retroalimentación con su núcleo familiar y su comunidad.

Las acciones de HpV a desarrollar son:

- Reforzar el **autoconocimiento** para mantener la autoestima de la persona adulta mayor, valorando su experiencia y rescatando sus habilidades y destrezas para mantenerse ocupada y productiva.
- Fortalecer el **pensamiento crítico** para una adecuada reflexión sobre su pasado, que le permita establecer objetivos de corto plazo y que le den un nuevo sentido a su vida.
- Mantener la capacidad de **toma de decisiones** que permita tomar conciencia de su estado actual de salud, sus hábitos y costumbres, para prevenir riesgos de enfermedades.
- Fortalecer las y los adultos mayores las **relaciones interpersonales e intergeneracionales** para su integración y mantenimiento de las relaciones afectivas adecuadas con los miembros de su familia y conocidos.
- Reforzar el **manejo de las emociones** impulsando la participación de las y los adultos mayores en actividades sociales y de voluntariado.



3.3. ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipios, instituciones educativas y el centro laboral.¹²

En este sentido una familia saludable que promueve y practica habilidades para la vida es una familia democrática, que valora y respeta el aporte individual de cada uno de sus miembros; comparte roles y tareas sin preconceptos de género; sus integrantes han desarrollado fuerte sentimiento de pertenencia y lazos afectivos positivos; se van ajustando y adaptando favorablemente conforme la familia evoluciona; sabe enfrentar los momentos de tensión y estrés a los que están sujetos y los eventos vitales; y tienen objetivos de bienestar común y son progresistas.

En este marco, las HpV facilitarán la adopción de comportamientos y creación de entornos saludables.

Se propone desarrollar las siguientes acciones

- Incluir en el plan de acción del Programa de Familias y Viviendas Saludables, actividades relacionadas a fomentar las HpV.
- Adecuar uno o más módulos de capacitación sobre HpV dirigidos a la familia.
- Captar y formar facilitadores para la promoción de HpV en la familia.
- Elaborar guías de orientación para padres sobre como estimular las HpV en sus hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescentes.
- Sensibilizar a la población mediante acciones de educación y comunicación, sobre la importancia y beneficios de las HpV en el ambiente familiar.
- Coordinar con redes existentes, la realización de encuentros de integración familiar y otros eventos.

3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

Tiene como objetivo general contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las Instituciones Educativas.¹³

Una institución educativa saludable que incorpora acciones de HpV, tiene políticas que favorecen la adquisición y práctica de HpV; incorpora los contenidos de HpV en el currículo educativo, logra que los escolares mantengan la motivación por aprender, mientras los docentes valoran sus esfuerzos y alientan la laboriosidad; promueve y alienta valores positivos de solidaridad, respeto y honestidad; fomenta la creatividad y el pensamiento reflexivo en sus alumnos y estos están preparados para enfrentar situaciones sociales adversas; y practican comunicación efectiva estableciendo relaciones interpersonales positivas entre todos los miembros de la comunidad educativa.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Establecer coordinaciones para que el eje temático de HpV sea incorporado en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) de la Institución Educativa, y que éstos cuenten con el respaldo del Consejo Educativo Institucional y la Asociación de Padres de Familia (APAFA).
- Elaborar y/o adecuar módulos de capacitación en HpV dirigidos a docentes sobre:

¹² Ministerio de Salud, Programa de Familias y Viviendas Saludables. 2006

¹³ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la salud en las Instituciones Educativas. 2005.

- Como trabajar HpV con alumnos.
- Como formar educadores de pares (vigías, promotores) en HpV.
- Como trabajar HpV con padres y madres de familia.

Facilitar los talleres de HpV dirigidos a docentes, escolares, padres y madres de familia.

- Co-organizar y/o apoyar acciones dirigidas a sensibilizar a la comunidad educativa sobre la importancia de las HpV en el desarrollo de las niñas y niños, y las y los adolescentes.
- Co-organizar eventos, concursos, etc. dirigidos a los adolescentes, fomentando la práctica de HpV para lidiar con situaciones especiales. Ej. Solución no violenta de los problemas.
- Co-organizar encuentros entre padres e hijos, que fomenten las adecuadas relaciones interpersonales, afectivas y la comunicación asertiva.
- Apoyar las actividades del centro educativo que permiten reforzar las habilidades aprendidas.
- Co-elaborar materiales educativos sobre HpV: historietas, spots radiales o de tv, afiches, etc.

Para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud en HpV en las instituciones educativas, es indispensable la coordinación permanente entre Promoción de la Salud del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables

El objetivo general del Programa es promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización¹⁴.

Un municipio que promueve las HpV es aquel que ha logrado establecer la relación entre HpV y desarrollo humano sostenible y brinda oportunidades de desarrollo educativo, ocupacional y recreacional a sus habitantes a través de sus instituciones y organizaciones.

Una comunidad saludable que promueve HpV alienta el progreso y desarrollo de su comunidad, tiene mecanismos de control social para prevenir la aparición de pandillas y violencia callejera, y fomenta permanentemente espacios de recreación e integración comunal.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Incluir las HpV en el plan de acción del Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
- Sensibilizar a las autoridades de los gobiernos municipales sobre la importancia de desarrollar HpV para lograr bienestar y desarrollo.
- Abogar por la inclusión de las acciones del eje temático de HpV en los presupuestos participativos de los gobiernos locales.
- Brindar asistencia técnica y asesoría para la inclusión de las HpV en los proyectos locales priorizados.
- Planificar y desarrollar acciones de difusión sobre HpV.
- Sensibilizar a la dirigencia comunal en la importancia de fomentar las HpV.
- Promover el buen uso del tiempo libre y la práctica de valores.
- Impulsar programas de integración familiar y prevención de la violencia con base en la familia y la comunidad.

¹⁴ Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.



3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

El Programa tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con las familias, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas¹⁵.

Un ambiente de trabajo saludable tiene un efecto positivo sobre la productividad laboral, mantiene la motivación y la satisfacción, el espíritu de trabajo y eleva los sentimientos de bienestar general de sus trabajadores.

Un centro laboral saludable favorece la práctica de HpV, refuerza la autoestima y valora el aporte de sus trabajadores, establece relaciones democráticas y prácticas solidarias basadas en una comunicación efectiva que permite dar soluciones adecuadas a los conflictos cuando estos se presentan.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Incluir las HpV en el plan de acción del Programa de Promoción de la Salud en los Centros Laborales.
- Adaptar un módulo de capacitación en HpV para el centro laboral saludable.
- Desarrollar guías de facilitación de HpV.
- Planificar y desarrollar talleres sobre HpV en centros laborales
- Documentar el proceso.

Esperamos que con la implementación de estas acciones de HpV por etapas de vida y por escenarios de intervención se contribuya a que las personas adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos y desafíos de la vida diaria, así también permite promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludables hacia la madurez, favorece la comprensión por parte de los pares, y el manejo de las emociones.

¹⁵ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales. Documento de Trabajo. Mayo 2006.



INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

A continuación se presentan algunos indicadores por Etapas de Vida y por Programas de Promoción de la Salud que se pueden tomar en cuenta para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones del eje temático de Habilidades para la Vida.

| ETAPAS DE VIDA | INDICADORES |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIÑO (de 6 a 10 años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de alumnas mujeres capacitados en HpV. * % de alumnos varones capacitados en HpV. |
| ADOLESCENTE (de 10 a 19 años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de adolescentes mujeres capacitados en HpV. * % de adolescentes varones capacitados en HpV. |
| ADULTO (de 20 a 59 años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de personas adultas mujeres capacitados en HpV. * % de personas adultas varones capacitados en HpV. |
| ADULTO MAYOR (de 60 a más años) | <ul style="list-style-type: none"> * % de personas adultas mayores mujeres que han sido capacitados en HpV. * % de personas adultas mayores varones que han sido capacitados en HpV. |

| ESCENARIOS | INDICADORES |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | <ul style="list-style-type: none"> * % de talleres de capacitación en el eje temático de HpV dirigidos a docentes. * % de talleres de HpV desarrollados en la institución educativa durante la hora de tutoría. * % de talleres de capacitación en HpV dirigidos a padres de familia de la Institución Educativa. * % de Instituciones Educativas que desarrollan el eje temático de HpV. * % de Instituciones Educativas que han incorporado acciones de HpV en su Proyecto Institucional Educativo. * % de módulos de capacitación en HpV elaborados para la comunidad educativa. |
| Programa de Familias y Viviendas Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * % de padres de familias capacitados en HpV. * % de familias que comparten las tareas del hogar de forma equitativa y realizan actividades de recreación. * % de facilitadores capacitados para la promoción de HpV en la familia. * % de talleres de capacitación en HpV orientados a la familia. * % de módulos y guías de capacitación en HpV para la familia. * % de familias sensibilizadas en HpV. * % de encuentros realizados entre padres e hijos para fomentar las relaciones interpersonales y la comunicación adecuada. |



| ESCENARIOS | INDICADORES |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programa de Municipios y Comunidades Saludables | <ul style="list-style-type: none"> * % de autoridades municipales sensibilizadas en la importancia de las HpV. * % de municipios que cuentan con ordenanzas para implementar programas de promoción de HpV. * % de alcaldías que han incorporado en sus presupuestos participativos acciones para la promoción de las HpV. * % de dirigentes comunales sensibilizados en HpV. * % de comunidades sensibilizadas sobre la importancia de las HpV * % de reuniones de abogacía para la inclusión de HpV en el plan de acción comunal. * % de planes comunales que han incorporado acciones de HpV. * % de organizaciones comunales capacitadas en HpV. * % de redes sociales de las comunidades que promueven HpV. |
| Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales | <ul style="list-style-type: none"> * % de centros laborales que desarrollan talleres de HpV. * % de trabajadores que han sido capacitados en HpV en su centro de trabajo. * % de centros laborales en cuyos planes de acción se han incluido las HpV. * % de módulos de capacitación adecuados para capacitar en los centros laborales. |



1. Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud. Red de Escuelas Promotoras de la Salud del Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud. N° 1. Lima, 2002.
2. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. Volumen XVIII, Lima, Perú, Año 2002.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Mayo, 2001.
4. Ministerio de Educación. Oficina de Tutoría y Prevención Integral. Situación de las Habilidades Sociales en Escolares del Perú. Informe General, Lima, Perú. 2003.
5. Ministerio de Educación. Oficina de Tutoría y Prevención Integral. Promoción de Estilos de Vida Saludables Guía y Manual para Docentes de Formación Magisterial. 2004.
6. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de Familias y Viviendas Saludables. Mayo 2006.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Cuadernos de Promoción de la Salud. N° 5. Red de Municipios y comunidades saludables del Perú. Organización Panamericana de la Salud, Perú. Lima, 2003.
8. Organización Panamericana de la Salud. Intercambio de experiencias en municipios y ciudades en el Perú. Lima, OPS/OMS. 2000.
9. Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una región de Perú. AMARES, Estudio Diagnostico Basal sobre Habilidades para la Vida en escolares de 3 redes de colegios estatales en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica. Diciembre 2003.
10. RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la Salud: ¿Cómo construir una vida saludable?. Bogotá, Editorial Médica Panamericana. 2001.





Modelo de Abordaje de promoción de la salud en el Perú, acciones a desarrollar en el eje temático de PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

Elaborado por:
Gonzalo Falla Carrillo, Ambrosio Tomás Rojas, Mercedes Arévalo Guzmán

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Noguchi"
Hospital Víctor Larco Herrera
Hospital Hermilio Valdizan
Disa III - Lima Norte

Revisado:
Nélida Doris Cáceres Ramírez, María Elena Flores Ramírez

Agradecimiento Especial por su Colaboración a:
Santos González Farfán, Flor Alburquerque Jaramillo, Vilma Chuchón Calle, Julio Huamán Pineda, Romy Kendall Folmer, Edelmira Rojas Miranda, Hilda Jáuregui Romero, Janeth Ricardo Alva, Yolanda Sanz Briceño, Violeta Vargas Palomino, Guillermo Guevara Torres, Luis Vilchez, Carolina Gallegos, Guadalupe Saldarriaga, Limber Sanchez, José Avendaño, Beatriz Seclén.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCCIÓN | 215 |
| CAPÍTULO I | 216 |
| 1.1 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 216 |
| 1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 217 |
| CAPÍTULO II | 220 |
| 2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 220 |
| 2.2 DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 220 |
| CAPÍTULO III | 222 |
| 3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 222 |
| 3.2 ACCIONES POR ETAPAS DE VIDA | 222 |
| 3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años) | 222 |
| 3.2.2. Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años) | 223 |
| 3.2.3. Adulto (de 20 a 59 años) | 224 |
| 3.2.4. Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años) | 224 |
| 3.3 ACCIONES POR PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD | 225 |
| 3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables | 225 |
| 3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas | 226 |
| 3.3.3 Programa de Municipios y Comunidades Saludables | 227 |
| 3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales | 228 |
| ANEXO | |
| INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ | 229 |
| BIBLIOGRAFÍA | 230 |



El tema de la salud mental usualmente se ha enfocado desde una perspectiva de prestación de servicios, lo cual si bien es importante también se muestra insuficiente para responder ante las nuevas situaciones que presentan los tiempos actuales. Por ello se ha hecho necesario adoptar una visión de promoción de la salud aplicada a la temática de la salud mental.

El presente documento se ha desarrollado con el objetivo de brindar un conjunto de orientaciones que puedan emplearse como base para implementar acciones que contribuyan al desarrollo de comportamientos y entornos que promuevan la salud mental, así como el fomento de prácticas de convivencia basadas en el respeto y la solidaridad. En tal sentido, su finalidad es definir procedimientos para la implementación del eje temático de Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz, y su adaptación en el nivel regional y local.

Para su elaboración se ha tomado como punto de partida un marco teórico con un enfoque promocional orientado al desarrollo humano sostenible, integrando la salud mental y el buen trato con miras a la construcción de la cultura de paz en nuestro país.

El documento brinda orientaciones para el desarrollo de las acciones del eje temático de Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz según Etapas de Vida y Programas de Intervención de Promoción de la Salud.

Asimismo propone pautas que facilitan la Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz, relacionándolos con el desarrollo humano, las habilidades para la vida, el fortalecimiento de recursos humanos, la coordinación intersectorial, la evaluación y la investigación.

Finalmente presenta una propuesta de indicadores de verificación de acciones, con relación al eje temático.



1.1 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

En las décadas recientes se han logrado muchos avances en el campo de la salud y en la atención del ser humano. La prolongación de la esperanza de vida, la modernidad y la globalización, promueven la necesidad de las personas de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biopsicosociales, que les permitan encontrar un rol social que coincida con su identidad, organizar su comportamiento para darle sentido a su relación con el entorno y sostener un proyecto de vida, el que en muchos casos en nuestra sociedad, se ve obstaculizado por las necesidades insatisfechas a causa de la pobreza.

Esta dificultad constituye un factor a tener en cuenta para explicar el surgimiento de la violencia, el consumo de drogas, la delincuencia, la prostitución y otros problemas psicosociales, que afectan a la población en general (no sólo comprende a mujeres o niños, o un determinado nivel socio-económico o un cierto nivel cultural) y repercuten en cuestiones públicas y comunitarias tales como la salud, la educación, el trabajo y la seguridad. De modo que no basta analizar la conducta aislada de la persona (niño, adolescente, adulto y adulto mayor), sino que también debe tomarse en cuenta su interacción con el contexto social en que vive.

La **población infantil** es la más vulnerable (antes y después del nacimiento) y la más expuesta a situaciones de riesgo psicosocial, lo cual es preocupante, por cuanto las consecuencias de dicha exposición determinarán patrones de comportamiento que se reflejarán en sus interacciones sociales presentes y futuras. Así, por ejemplo, el estudio epidemiológico sobre violencia y comportamientos asociados realizado por Anicama, Mayorga, Carrasco y Vizcardo (1999) en Lima Metropolitana y Callao, sobre una muestra de 3,600 hogares, reportó datos sobre maltrato prenatal, por ejemplo, reportaron un 9.6% de mujeres que no acudieron a sus controles durante la gestación, un 3.3% de mujeres que durante su embarazo consumieron medicamentos (analgésicos, antibióticos, ansiolíticos) sin prescripción médica y un 22.2% de mujeres que durante la gestación consumieron algún tipo de droga (café, tabaco, alcohol, cocaína). Por otro lado, reportaron que el 26.3% de los niños recibió insultos por parte de sus padres, el 22.4% de amigos, el 9.9% de familiares, el 2.9% de profesores y el 1% de otras personas; el 28.6% recibió golpes con manos, puños o pies en alguna parte de su cuerpo de parte de sus padres; el 3.3% fue víctima de tocamientos en sus partes íntimas, el 0.9% fue forzado a tener relaciones sexuales y el 3.3% fue expulsado de su casa. A consecuencia de estas situaciones, el 10.4% de los niños pensaron que su vida no tiene sentido y el 15.5% pensó y/o intentó abandonar su casa.

Por otro lado, un reporte de la Dirección de Tutoría y Prevención Integral del Ministerio de Educación (2002) sobre las necesidades de orientación de los niños, reveló la existencia de un 27.3% de alumnos de primaria que estudian y trabajan al mismo tiempo, lo cual dificulta su rendimiento escolar.

Respecto a la **población adolescente**, el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (INSM HD-HN 2002), reportó que un 29.1% ha presentado deseos suicidas. En el mismo sentido, otro estudio realizado por el Ministerio de Educación (2002) reportó, en alumnos de secundaria, que un 15% manifestaron su deseo de estar solos y un 14.3% que les resultaba difícil hacer amigos.

Con relación a la violencia, un estudio realizado por Tomás (2004) con estudiantes de secundaria de Lima, halló que el 12.6% estuvo involucrado por lo menos en un acto de vandalismo, el 39.8% estuvo involucrado por lo menos en un acto de agresión, el 7.6% estuvo involucrado por lo menos en un acto de robo y el 63.4% estuvo involucrado por lo menos en un acto de comportamiento contra las normas.

En un estudio sobre habilidades sociales, realizado por la Dirección de Tutoría y Prevención Integral del Ministerio de Educación (2003) se encontró que el 31.3% de adolescentes presentaban deficiencias en sus



habilidades sociales. Las regiones que presentaban el mayor porcentaje de adolescentes escolares con serias deficiencias en sus habilidades sociales fueron Huancavelica (41.2%), Ancash (54.4%), Ayacucho (53.8%), Pasco (52.8%) y Lima (50.5%).

En cuanto a la **población adulta**, el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (INSM HD-HN 2002) señaló que una cuarta parte de la población adulta, tanto masculina como femenina pasa por situaciones de alto estrés (34% y 45.1%, respectivamente).

Por otro lado, con respecto a violencia Anicama et. al. (1999) encontraron una prevalencia de violencia psicológica entre parejas de 35.4% y una prevalencia de violencia física de 17.4%. Por otro lado, 4.8% de encuestadas señaló haber sido obligadas a tener relaciones sexuales, el 2.9% prohibidas de usar de métodos anticonceptivos y el 2.5% obligadas a concebir un hijo a pesar de que no lo podían mantener. Por otro lado, en este estudio también se encontró que un 5% de personas fueron discriminadas en su centro de trabajo, un 3.2% fueron obligados a realizar acciones en su centro de trabajo por presión, 0.9% por chantaje y 0.4% por soborno.

En la **población adulta mayor**, el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (INSM HD-HN 2002) encontró que la prevalencia actual de depresión era mayor en mujeres que en varones (12.3% y 7.0% respectivamente), del mismo modo, ellas se sienten más tensas que los varones (36.5% y 28.8% respectivamente); en este estudio también se menciona que aproximadamente una cuarta parte de la población adulta mayor ha sido víctima de algún tipo de maltrato en el último año y el 9.8% lo recibe en forma sistemática (maltrato una o dos veces al mes). Las ofensas, insultos y agresiones verbales constituyen el 20.9% del total de tipos de maltrato.

Las características que se han descrito, tomando en cuenta las etapas de vida, con base en los datos de diferentes estudios, nos sugieren la necesidad de brindar orientaciones con el propósito de promover el bienestar y el desarrollo de la persona.

1.2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

De acuerdo a los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (Ministerio de Salud, 2004), la salud mental es: *“el estado dinámico de bienestar subjetivo y de interacción inclusiva con el medio social, derivado de las condiciones biopsicosociales y espirituales que se sintetizan a nivel cortical y se expresan en todas las esferas de la conducta cotidiana (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores) de la persona quien logra progresivos niveles de integración en relación con su sexo, edad y especialmente con su grupo étnico y social, permitiéndole recibir y aportar beneficios significativos a su familia, grupo, comunidad y sociedad”¹.*

A partir de esta definición de salud mental podemos destacar la importancia de la interacción entre las personas y su marco social, lo cual nos llevaría a plantear que las bases de la promoción de la salud mental deben enfocarse desde la perspectiva de una teoría del desarrollo humano. El resultado de esta propuesta se dirige a lograr personas realizadas y una sociedad que promueva la convivencia, es decir, el buen trato y una cultura de paz.

Teoría del desarrollo humano

En este documento haremos referencia a la teoría del “desarrollo a escala humana” propuesta por Max-Neef, Elialde y Hopenhayn (1997). Esta teoría está relacionada al enfoque de los determinantes sociales de la salud, pues considera a la salud como el satisfactor sinérgico del desarrollo y se sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales y en la necesidad de articular los procesos que tienen lugar en la sociedad y los procesos que ocurren a nivel de comportamiento.

¹ Ministerio de Salud, Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Perú 2004.



Entre los postulados básicos de esta teoría, se menciona que el desarrollo de un Estado tiene que ver con las personas y, no sólo con los objetos, y por lo tanto el propósito esencial será el de procurar la adecuada satisfacción de la mayor parte de las necesidades humanas fundamentales de esas personas.

En tal sentido se proponen nueve necesidades humanas fundamentales, en un sistema de clasificación axiológico, y cuatro en uno existencial. Estas necesidades se encuentran interrelacionadas e interactúan y están presentes en todas las culturas y periodos históricos. Esto significa que las necesidades fundamentales son finitas, pocas y clasificables.

De acuerdo a los autores de esta teoría, las nueve necesidades humanas fundamentales axiológicas son: necesidad de permanencia o subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad; mientras que las cuatro necesidades humanas fundamentales existenciales son: ser, tener, hacer o estar.

La literatura tradicional sobre necesidades humanas habla normalmente de necesidades básicas, no explicitando o ignorando las diferencias fundamentales entre necesidades y satisfactores. En este sentido las necesidades humanas fundamentales, son satisfechas a través de distintas formas o medios. Cada sistema económico, social o político adopta estilos diferentes para la satisfacción de éstas, a través de la generación (o no generación) de diferentes satisfactores.

Cada necesidad puede ser satisfecha a niveles diferentes y variables. Más aún, cada necesidad puede satisfacerse en relación con uno mismo, en las interacciones con los demás o interactuando con el medio ambiente. La posibilidad o capacidad que tengan las personas para satisfacer este sistema de necesidades es lo que determinará su bienestar.

Por otro lado, cuando estas necesidades no pueden ser satisfechas, entonces las personas buscan compensadores nocivos para su salud mental y ello, a su vez, desencadena la problemática social.

En tal sentido, la Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz contribuirán para el desarrollo de los satisfactores o dicho de otro modo, ayudará a los individuos, familias y comunidades para la creación y aprovechamiento de oportunidades que mejoren su salud mental y su interacción armónica con el medio social.

Convivencia, cultura de paz y buen trato

Cultura de paz es un concepto complejo que se basa en valores, actitudes, comportamientos y estilos de vida que refuerzan la no violencia y el respeto de los derechos y libertades fundamentales de cada persona. Ella depende de la observación y aceptación del derecho de las personas a ser diferentes y de su derecho a una existencia pacífica y segura dentro de sus comunidades.

El buen trato es un estilo de relación que implica el reconocimiento y respeto de los derechos de los demás, la compenetración afectiva entre dos personas, que implica capacidad para escuchar, poniéndose en el lugar del otro, la tolerancia, la capacidad para relacionarse con el otro, la comunicación efectiva, la capacidad de negociación y la capacidad de expresar sentimientos.

Un concepto más operativo que implica a la cultura de paz y el buen trato es la convivencia. Esta se define como la capacidad para establecer relaciones sociales y humanas saludables, armónicas, fundamentadas en la tolerancia y en el respeto a los demás (Rosales y Ramírez, 2004). La definición implica que las personas deben lograr la capacidad de ponerse en el lugar del otro, compartir, cooperar, respetar, comunicarse, autocontrolarse, participar y aportar ideas para elaborar normas justas que regulen la vida colectiva. Para desarrollar la convivencia se deben dar un conjunto de aspectos como:

- Autoconocimiento, que permite una actitud de observación de la propia manera de ser, pensar y sentir, de los puntos de vista y valores personales.



- Autonomía y autorregulación, que permite promover una mayor coherencia de la acción personal.
- Capacidad de diálogo, que implica disposición para escuchar al otro y para comunicar nuestras opiniones.
- Capacidad para transformar el entorno, que permite el establecimiento de normas y proyectos contextualizados.
- Comprensión crítica, que permite desarrollar capacidades orientadas a la adquisición de la información moralmente relevante en torno a la realidad y la actitud y el compromiso para mejorarla.
- Empatía y perspectiva social, que permiten incrementar la consideración por los demás, asumiendo valores como la cooperación y la solidaridad.
- Desarrollo moral, que permite reflexionar sobre los conflictos de valor teniendo en cuenta aquellos que son universales.



2.1 ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

En el marco de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, el Modelo de Atención Integral de Salud y los Lineamientos para implementar las acciones en promoción de la salud mental, se plantea desarrollar las siguientes acciones generales:

- Fortalecer y generar competencias técnicas en promoción de la salud mental en los actores sociales (personal de salud, agentes comunitarios, maestros, autoridades locales y otros) para garantizar acciones sostenibles.
- Organizar un Plan de Capacitación Continua en Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz para personal de salud, agentes comunitarios, docentes, tutores, auxiliares y demás actores sociales.
- Propiciar el intercambio de experiencias exitosas y pasantías a nivel nacional e internacional con respecto a la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Establecer alianzas con los distintos sectores, con la sociedad civil y la empresa privada para invertir en acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Posicionar la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz en los espacios de concertación multisectorial y planificación participativa en el nivel regional y local.
- Formar mesas temáticas y fomentar la conformación de redes de apoyo para la sostenibilidad de las acciones de promoción de salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Fortalecer los sistemas de información orientado a una toma de decisiones pertinente con respecto a la implementación de las orientaciones de promoción de la salud, buen trato y cultura de paz.
- Establecer líneas de base, evaluaciones de proceso y de resultados, con respecto a la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, en las diferentes regiones.
- Promover la investigación aplicada que oriente el diseño y evaluación de políticas, programas y toda acción de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Realizar alianzas estratégicas con instituciones académicas (institutos de investigación y universidades) a fin de obtener asesoramiento técnico en el diseño, implementación y ejecución de estudios con metodología cualitativa y cuantitativa.

2.2 DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

Crianza democrática. Es aquella que combina afecto y apoyo (muestras de cariño, atención de las necesidades, preocupación y apoyo emocional) con un control y unas normas en el ámbito familiar, siempre basados en la comunicación entre padres e hijos.

Resiliencia. Capacidad de las personas para sobreponerse a las experiencias de estrés intenso, o, incluso, resultar fortalecido por las mismas.

Distrés. También llamado estrés negativo. Es aquel estrés en el cual las demandas físicas y /o psicológicas son muy grandes para los recursos cognitivos y emocionales de la persona.



Buen trato. Práctica de relación interpersonal que implica el reconocimiento y respeto de los derechos de los demás. Se caracteriza por ser un comportamiento frecuente en la personas y no depende de una obligación legal o normativa.

Cultura de paz. Conjunto de valores, actitudes, comportamientos y estilos de vida basados en el ejercicio de responsabilidades y derechos, con la finalidad de solucionar constructivamente los conflictos.



3.1 ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

3.2 ACCIONES POR ETAPAS DE VIDA

Desde el nacimiento y a lo largo de las diferentes etapas de la vida (Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor) las personas experimentan situaciones, actividades y acontecimientos que pueden producirles sentimientos positivos, satisfacción y bienestar, frente a otras situaciones que les pueden producir sentimientos negativos, tensión, estrés y malestar.

El proceso de desarrollarse como seres humanos, requiere que las personas manejen un conjunto de ciertas habilidades, para ello se hace necesaria una adecuada educación que las oriente y les permita consolidar este proceso. A continuación se proponen algunas habilidades que deben promoverse por etapa de vida.

3.2.1 Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

Las niñas y los niños se desarrollan a partir de la evolución biológica, psicológica y social, lo cual constituye un complejo proceso dinámico. En sus primeros años de vida (incluso durante la gestación) se configuran sus habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que le ayudarán a interactuar con su entorno. De allí la importancia de intervenir en esta etapa para promover entornos que contribuyan al desarrollo saludable de su personalidad. En ese sentido se presentan las siguientes recomendaciones para realizar acciones promocionales tomando en cuenta diferentes períodos dentro de esta etapa.

En la gestación

- Promover ambientes tranquilos y armónicos, que favorezca un embarazo y parto normal.
- Incentivar en las gestantes la escucha de música relajante.
- Capacitar en técnicas de manejo del estrés.
- Promover en la familia y la comunidad actitudes que favorezcan una gestación sana y libre de estrés.
- Promover el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la pareja.
- Informar a la gestante sobre los cambios físicos y psicológicos que se producen durante el embarazo.
- Motivar a la preparación del ajuar del bebé.
- Señalar la importancia del control pre-natal.

Niña y niño de 0 a 2 años

- Informar a los padres o cuidadores sobre el desarrollo psicoevolutivo del niño o niña.
- Informar sobre las necesidades psicológicas de la niña o niño (afecto, seguridad, adaptación) y brindar la atención necesaria.
- Promover las expresiones de cariño durante la lactancia y alimentación de la niña y niño.
- Fomentar en las familias una actitud de observación constante de los cambios en el desarrollo de los bebés.
- Informar y educar a las madres y los padres en temas de estimulación temprana.



Niña y niño de 3 a 5 años

- Promover prácticas de crianza democrática basada en el buen trato dentro de la familia.
- Educar a los padres sobre la adopción de criterios de disciplina compartidos.
- Realizar actividades que fortalezcan la autoestima y la resiliencia en el niño o niña.
- Incentivar la formación del juicio moral y de las reglas sociales.
- Fomentar actividades lúdicas que estimulen la creatividad y la inteligencia.
- Informar sobre el desarrollo psicoevolutivo del niño o niña.
- Incentivar en el cuidado del medio ambiente

Niña y niño de 6 a 9 años

- Educar en la importancia de las relaciones con los pares y reglas de convivencia.
- Informar y educar a las madres y los padres en pautas de crianza que estimulen el desarrollo de capacidades de las niñas y los niños.
- Promover relaciones y actitudes de respeto, buen trato entre profesores y estudiantes.
- Difundir y sensibilizar sobre la importancia de los derechos de las niñas y los niños.
- Brindar oportunidades para el desarrollo de habilidades específicas (matemáticas, lingüísticas, pictóricas, musicales, etc.) de las niñas y los niños.
- Fortalecer el juego como espacio de desarrollo en los niños y niñas
- Incentivar en el cuidado del medio ambiente.
- Desarrollar habilidades sociales

3.2.2 Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)

Esta etapa se inicia con los cambios de las características sexuales secundarias hasta llegar a la madurez sexual, a la vez que están produciendo procesos psicológicos que evolucionan hasta formas más o menos estables. Asimismo, estos cambios llevan un significado social: la persona está dejando la niñez para llegar a ser adulto, por lo tanto se espera que vaya adquiriendo mayor autonomía y responsabilidad. De allí que esta etapa puede brindar oportunidades para el aprendizaje de comportamientos que de una u otra manera influirán en la salud del o la adolescente.

Adolescente de 10 a 14 años

- Informar a los padres sobre el desarrollo psicoevolutivo del adolescente y las necesidades a satisfacer.
- Educar a las madres y los padres en la importancia de establecer con sus hijas e hijos relaciones que ofrezcan apoyo y aceptación.
- Incentivar la comunicación con las y los adolescentes, respetando su intimidad.
- Impulsar el planteamiento de reglas de convivencia en la escuela, la familia y comunidad.
- Promover actividades de uso sano del tiempo libre.
- Trabajar temas de sexualidad y las relaciones con los pares.
- Desarrollar las habilidades sociales
- Enseñar técnicas para el manejo del estrés
- Informar a los padres sobre reglas de disciplina en el hogar.
- Fomentar en la comunidad la formación de grupos juveniles donde se desarrollen actividades de desarrollo personal y social.

Adolescente de 15 a 19 años

- Impulsar la intervención de las y los adolescentes en espacios de participación ciudadana a nivel local.
- Educar a las y los adolescentes en modalidades de solución de conflictos.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés.



- Promover una decisión vocacional conciente y realista.
- Incentivar actividades saludables de uso del tiempo libre.
- Promover actitudes críticas respecto a patrones culturales que no contribuyen al buen trato ni la cultura de paz.
- En zonas afectadas por la violencia política, favorecer actividades que contribuyan a la reconstrucción de la memoria histórica y la reconciliación.

3.2.3 Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)

Esta etapa es la más prolongada en el ciclo de vida de las personas y durante ella se producen una serie de cambios, aunque más lentamente que en las etapas precedentes. Se espera que la persona se haya incorporado a la actividad laboral, que esté en condiciones de formar una familia y de participar en los asuntos de interés colectivo o comunitario. En ese sentido, se hace necesario desarrollar acciones para contar con adultas y adultos capaces de establecer relaciones de respeto y solidaridad.

Mujer y hombre de 20 a 39 años

- Enseñar a las adultas y los adultos en la importancia de la expresión de los afectos en la pareja y la familia.
- Incentivar actitudes críticas respecto a patrones culturales que no contribuyen al buen trato y cultura de paz.
- Promover el interés por asuntos públicos y el involucramiento en instancias de participación ciudadana.
- Trabajar los aspectos relacionados a la convivencia en la comunidad.
- Fomentar oportunidades de entretenimiento saludable: liderazgo, padres y otros
- Promover la práctica del buen trato en el ámbito laboral.
- Educar en el manejo de las emociones y control del estrés.

Mujer y hombre de 40 a 59 años

- Informar a los hombres y mujeres sobre los cambios físicos y psicológicos que permita una mejor adaptación.
- Promover la discusión y el análisis del tema de la satisfacción en el trabajo y prevenir el agotamiento laboral.
- Trabajar el tema de la convivencia respetuosa y solidaria en pareja.
- Promover actitudes de respeto y apoyo hacia personas de otras generaciones.
- Contribuir a la construcción de espacios en la comunidad que faciliten la convivencia pacífica y respetuosa.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés

3.2.4 Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años)

La Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz dirigida a la población adulta mayor deberá contribuir a mantener o mejorar la calidad de vida del adulto mayor, mediante la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables, la revaloración de la experiencia de vida del adulto mayor, su integración en el escenario familiar y comunitario y la prevención de la violencia en todas sus formas.

- Promover en la familia y la comunidad actitudes favorables hacia el adulto mayor.
- Brindar oportunidades para que la comunidad valore al adulto.
- Promover en las personas más jóvenes relaciones y actitudes de respeto y ayuda hacia el adulto mayor.
- Fomentar al mantenimiento de la actividad laboral, siempre que sea posible y sin poner en riesgo la salud del adulto mayor.
- Promover actividades grupales que contribuyan a la formación de redes de soporte afectivo con sus pares.
- Apoyar al adulto mayor en la búsqueda del sentido de la vida y a recobrar su autoestima.



3.3 ACCIONES A DESARROLLAR EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

225

La Dirección General de Promoción de la Salud tiene cuatro programas de intervención mediante los cuales se proponen implementar las acciones del eje temático de Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz. Estos Programas son: Programa de Familias y Viviendas Saludables, Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, Programa de Municipios y Comunidades Saludables, y Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales.

3.3.1 Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamiento y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.²

En este contexto, la familia se constituye en la unidad básica de intervención de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente” compartiendo afecto, seguridad, recursos como tiempo, espacio y dinero.

Asimismo, la complejidad del desarrollo humano exige la participación activa de otros seres humanos para lograrlo. En este caso el grupo primario cercano al niño, la familia, tiene como función social –y por tanto un encargo social fundamental- la atención de las necesidades de sus integrantes con la finalidad de lograr su completo y adecuado desarrollo biopsicosocial como lo refiere Mansilla (1989); por tanto la familia es el primer agente de socialización para las personas, y tiene una influencia predominante en la transmisión de valores, creencias, hábitos e información relacionada a la salud; en especial a la salud mental, buen trato y cultura de paz .

En este marco la familia debe promover:

- Cohesión entre sus miembros.
- Libertad para expresarse.
- Manejo de conflictos.
- Autonomía.
- Alcanzar logros.
- Actividades culturales.
- Actividades sociales y recreativas.
- Ética y valores.
- Organización.
- Disciplina-reglas.

Acciones que se proponen desarrollar

- Elaborar material educativo sobre promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, tomando en consideración las particularidades de cada familia (según ciclo vital de la familia y características socioculturales).
- Brindar a los padres y madres de familia orientación sobre estilo de crianza democrático que promueva la resiliencia en sus miembros.
- Enseñar a las parejas habilidades para una convivencia armónica.
- Promover la participación de la familia en encuentros dirigidos a brindarles orientación, organizados por las instituciones y organizaciones de la comunidad.

² Ministerio de Salud, Programa de Familias y Viviendas saludables. Año 2006.



- Asesorar a las familias en el diseño de los interiores de las viviendas y la distribución de los objetos de la familia, los cuales deben facilitar la tranquilidad y las relaciones familiares positivas.

3.3.2 Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

El objetivo general del Programa es contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas³. En este contexto la escuela se convierte en el segundo espacio de socialización más importante para niñas, niños y adolescentes por su papel en la transmisión de conocimientos y valores.

El desarrollo del eje temático de la Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz en las instituciones educativas, implica la enseñanza y práctica de habilidades para la convivencia. Esto requiere brindar diversas oportunidades y situaciones dentro del quehacer cotidiano de la vida escolar, de manera permanente, para que los estudiantes las vivencien, ensayen, practiquen y repitan.

En este sentido, se requiere la participación de toda la comunidad educativa (directivos, profesores, personal administrativo, alumnos, padres de familia e instituciones). Por ello, es indispensable la coordinación permanente entre la Dirección General de Promoción de la Salud y el Ministerio de Educación, en todas las fases del proceso que implique desarrollar acciones de la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

Una institución educativa que promueve salud mental, buen trato y cultura de paz es aquella que:

- Tiene políticas que favorecen la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Toma en consideración la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz en su diversificación curricular.
- Promueve comportamientos saludables en los estudiantes y profesores.
- Promueve el buen trato entre todos los miembros de la comunidad educativa.
- Promueve el desarrollo moral en los estudiantes y profesores.
- Promueve la práctica de competencias ciudadanas en los estudiantes y profesores.
- Promueve aprendizajes de calidad y cooperativos en los estudiantes y profesores.
- Promueve el desarrollo de la personalidad de los estudiantes.
- Promueve un clima de cooperación entre los miembros de la comunidad educativa.
- Promueve el diálogo, respeto, participación y manejo de conflictos en la institución.

Acciones que se propone desarrollar

- Coordinar con el Ministerio de Educación la implementación de acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz dirigido a la comunidad educativa.
- Promover que las acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz formen parte del Proyecto Educativo Institucional y del Plan Anual de las instituciones educativas.
- Elaborar material educativo con respecto a promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz en las instituciones educativas, para capacitar a directivos, docentes, auxiliares, estudiantes y padres de familia.
- Fortalecer los programas de convivencia escolar en las instituciones educativas.
- Apoyar las actividades extracurriculares de la escuela, acciones recreativas y lúdicas que permiten reforzar las destrezas aprendidas.
- Promover encuentros entre padres e hijos, que fomenten las adecuadas relaciones interpersonales, afectivas y la comunicación.
- Incluir indicadores relacionados con la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, en la evaluación basal, intermedia y final del programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas.

³ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Año 2005.



El objetivo general del Programa es promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización⁴.

Un municipio que promueve salud mental, buen trato y cultura de paz es aquel que:

- Ha logrado establecer la relación entre desarrollo humano y desarrollo económico.
- Cuenta con políticas favorables a la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Invierte en programas de desarrollo humano, priorizados en planes de desarrollo local, elaborados de manera concertada con los diversos sectores.
- Sus instituciones y organizaciones tienen en agenda la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Brinda oportunidades de desarrollo educativo, ocupacional y recreacional a sus habitantes.
- Promueve la convivencia ciudadana.

Acciones que se propone desarrollar a nivel de municipios

- Sensibilizar a las autoridades de los gobiernos municipales sobre la importancia de promover la salud mental, buen trato y cultura de paz para lograr bienestar y desarrollo.
- Abogar por la inclusión de la promoción de salud mental, buen trato y cultura de paz en los presupuestos participativos de los gobiernos locales.
- Abogar ante las autoridades locales para la formulación de políticas públicas favorables a la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Brindar asistencia técnica y asesoría a las autoridades locales para la formulación de proyectos de desarrollo humano que incluyan la salud mental, el buen trato y la cultura de paz.
- Capacitar a las autoridades locales en promoción de salud mental, buen trato y cultura de paz.

Una comunidad saludable que promueve salud mental, buen trato y cultura de paz:

- Tiene una junta directiva que alienta el progreso y desarrollo de su comunidad.
- Las personas, familias y organizaciones articulan esfuerzos, promueven la reciprocidad entre sus miembros y la cooperación, para alcanzar el bienestar de la comunidad.
- Las personas se respetan y valoran entre sí.
- Ha establecido mecanismos de participación ciudadana
- Fomenta permanentemente espacios de recreación e integración

Acciones que se propone desarrollar a nivel de comunidad

- Sensibilizar a los líderes comunales, para obtener compromisos en el fomento de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Desarrollar acciones de información Educación y Comunicación a nivel comunal en promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Abogar y dar asistencia técnica para la inclusión de la promoción de la salud mental, el buen trato y la cultura de paz en el plan de acción comunal.
- Promover actividades de integración y fomento del buen uso del tiempo libre y la práctica de valores.
- Promover la integración familiar y de la comunidad.
- Enseñar sobre técnicas de solución de conflictos.

⁴ Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.



3.3.4 Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

Desde el sector salud se fomenta la creación de ambientes de trabajo saludables. Un ambiente de trabajo saludable desarrolla acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, destinadas a fomentar la adopción de comportamientos saludables en los trabajadores, sus familias y la comunidad, y a mejorar las condiciones estructurales, ambientales, sociales y de desarrollo.

Un ambiente de trabajo saludable tiene un efecto positivo sobre la productividad laboral, mantiene la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo, el espíritu de trabajo y eleva los sentimientos de bienestar general de sus trabajadores.

Un centro laboral que promueve la salud mental, el buen trato y la cultura de paz:

- Prioriza el respeto a la persona.
- Cuenta con una política de recursos humanos favorable.
- Establece una distribución equitativa del trabajo entre su personal.
- Promueve la convivencia armónica.
- Promueve espacios de integración entre el personal.
- Refuerza la autoestima y valora el aporte de sus trabajadores.
- Establece relaciones democráticas y prácticas solidarias.
- Promueve la comunicación en red (entre trabajadores y directivos).
- Solucionan adecuadamente los conflictos cuando se presentan.

Acciones que se propone desarrollar

- Elaborar material educativo sobre promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, tomando en consideración el ambiente laboral.
- Promover la convivencia basada en el respeto y la solidaridad en los centros laborales.
- Elaborar instructivos para que los centros laborales implementen acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- Sensibilizar a directivos y trabajadores sobre la importancia y beneficios de la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz en el ambiente laboral.
- Desarrollar talleres sobre salud mental, buen trato y cultura de paz dirigidos a los trabajadores y directivos de centros laborales.
- Realizar la medición basal, evaluación de procesos y evaluación de resultados de la implementación de acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

La presencia del eje temático de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz en los programas de promoción de la salud está orientada a incentivar prácticas y entornos que contribuyan a mejorar el nivel de bienestar mental y de las relaciones humanas en los diversos escenarios en que los seres humanos se desenvuelven.



Cuadro N° 1:
Matriz de indicadores para la verificación de acciones
por Programas de Promoción de la Salud

A continuación se presentan algunos indicadores por Programas de Promoción de la Salud que se pueden tomar en cuenta para el seguimiento monitoreo y evaluación de las acciones del eje temático de Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz.

| PROGRAMAS | INDICADORES |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familia y Vivienda | <ul style="list-style-type: none"> * % de padres y madres de familia que han adquirido competencias específicas sobre prácticas de crianza. * % de familias que participan en actividades sociales y recreativas en la comunidad. |
| Institución Educativa | <ul style="list-style-type: none"> * % de I.E. que han incorporado a los PEI acciones de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz. * % de I.E. que han programado en su plan de trabajo, la práctica de competencias ciudadanas en los estudiantes. * % de I.E. que gestionan el apoyo de instituciones de la comunidad para atender las necesidades de orientación de los estudiantes. * % de I.E. que cuentan con docentes capacitados para atender las necesidades de orientación de los estudiantes. |
| Municipio y Comunidades | <ul style="list-style-type: none"> * % de municipios que cuentan con ordenanzas que promueven la salud mental, buen trato y cultura de paz. * % de municipios que han incorporado en sus presupuestos participativos acciones para la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz. * % de municipios que promueven programas y espacios de integración y recreación para sus habitantes. * % de municipios que han formado redes de apoyo con otras instituciones para promover la salud mental, el buen trato y la cultura de paz en sus habitantes. * % de comunidades que incluyen la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz en su plan de acción comunal. * % de comunidades que promueven actividades para el buen uso del tiempo libre. * % de comunidades que promueven la integración familiar y de la comunidad. |
| Centro laboral | <ul style="list-style-type: none"> * % de comunidades que implementan mecanismos de control social (normas de convivencia). * % de comunidades que promueven el respeto y buen trato a las personas más vulnerables (adulto mayor, discapacitados, etc.). * % de centros laborales que han implementado medidas para el mejoramiento de las relaciones humanas en el personal. * % de centros laborales que promueven el aprendizaje de técnicas de control del estrés en su personal * % de centros laborales en los que se promueve espacios de integración entre el personal. |



1. Anicama, J.; Vizcardo, S.; Carrasco, J. y Mayorga, E. (1999). Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima: OGE/MINSA-FAPS/UNFV.
2. Barros, C. (1994). Aspectos sociales del envejecimiento. En: OMS. La atención de los ancianos; un desafío para los años noventa. Págs. 57-66. Ginebra: OMS.
3. Hartup, W. (1992). Having friends, making friends, and keeping friends: relationships as educational contexts. Champaign, IL: ERIC Digest.
4. Hartup, W. y Moore, S. (1990). Early peer relations: Developmental significance and prognostic implications. *Early childhood research quarterly*, 5(1), 1-18.
5. Instituto Especializado de Salud Mental (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental. *Anales de Salud Mental*, XVIII. Lima: Autor.
6. Katz, L. y McClellan, D. (1997). Fostering children's social competence: the teacher's role. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
7. Mansilla, M. (1989). Los niños de la calle. Siembra de hoy, cosecha del mañana. Lima: ADOC.
8. Max-Neef, M.; Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1997). Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Medellín: Proyecto 20 Editores.
9. McClellan, D. y Kinsey, S. (1999). Children's social behavior in relation to participation in mixed-age or same-age classrooms. *Early childhood research & practice* [Online], Volumen 1, Número 1. Disponible: <http://ecrp.uiuc.edu/v1n1/v1n1.html>. Revisado el 5 de enero del 2006.
10. Ministerio de Educación/OTUPI (2002). Diagnóstico situacional de la acción tutorial en el aula a nivel nacional. Lima: Autor.
11. Ministerio de Educación/OTUPI (2003). Situación de las habilidades sociales en escolares del Perú. Lima: Autor.
12. Ministerio de Salud/DGPS (2004). Modelo de abordaje de la promoción de la salud. Doc. Int. Lima.
13. OMS (1999). Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Ginebra: Autor.
14. OMS/Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2004). Invertir en salud mental. Ginebra: Autor.
15. Parker, J. y Asher, S. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological bulletin*, 102(3), 357-389.



16. Red Internacional de Políticas Culturales (2002). Cuestiones nuevas y emergentes: el concepto de interculturalidad y la creación de observatorios culturales. Ciudad del Cabo, Sudáfrica: Autor.
17. Rogoff, B. (1990). Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context. New York: Oxford University Press.
18. Rosales, A. y Ramírez, C. (2004). Promoviendo la convivencia escolar desde el aula. Lima: Documento inédito.
19. Smilkstein, G. (1984). The physician and family function assessment. *Fam. Systems Med.*, 2, 263-278.
20. Tomás, A. (2004). Comportamiento antisocial y consumo de sustancias psicoactivas en escolares adolescentes de Lima Metropolitana. Tesis de Maestría. Lima: EUPG/UNFV.
21. Zavala, M.; Vidal, D.; Castro, M.; Quiroga, P. y Klassen, G. (sin año). Funcionamiento social del adulto mayor. Disponible en: [www.redadultosmayores.com.ar/ buscador/files/ JURID012_ZavalaGutierrez.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/JURID012_ZavalaGutierrez.pdf).

